CENA 1 ZŁ 50 GR.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 3 (XIV) Grudzień 1950 Nr 12



WYDAWCA POLSKI CZERWONY KRZYŻ

TREŚĆ

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek

CENA 1 ZŁ 50 GR.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 3 (XIV) Grudzień 1950 Nr 12



Prof. Joliot-Curie otwiera II Światowy Kongres Obrońców Pokoju. (FP)

II ŚWIATOWY KONGRES OBROŃCÓW POKOJU zakończył swoje obrady. Znaczenie tego historycznego zjazdu jest niesłychanie doniosłe dla przyszłych losów ludzkości, dla szczęścia przyszłych pokoleń.

Jesteśmy świadkami narodzin nowej epoki w dziejach ludzkości. W naszych oczach powstaje potężny ruch, który jednoczy wszystkie narody świata pod jednym sztandarem w najszlachetniejszej walce przeciwko wojnie. Ludzie chcą i potrafią się porozumieć gdy idzie o sprawę najważniejszą — sprawę życia i szczęścia, choćby ich dzieliły morza, granice, różnice językowe i obyczajowe. Przecież światowy ruch Obrońców Pokoju istnieje od niedawna, a już zatoczył kręgi, które objęły cały świat.

Prof. Joliot-Curie, przewodniczący Światowej Rady Pokoju, mówi:

„Nic nie może powstrzymać pochodu twórczych idei prawdy, sprawiedliwości i pokoju, które przenikają przez wszystkie granice i rozpowszechniają się na całym świecie"...

Trzeba sobie zdać sprawę, że za delegatami, którzy przybyli na Kongres, stoją reprezentowane przez nich całe narody. Wszyscy uczciwi ludzie rozumieją, że droga do szczęścia ludzkości prowadzi przez uwolnienie świata od niebezpieczeństwa wojny.

POMIMO piekących wciąż jeszcze ran, zadanych przez ostatnią wojnę, pomimo okropnego widma śmierci setek tysięcy, milionów, niewinnych ludzi, umęczonych, zakatowanych, wygnanych i zabitych na frontach, widma, którego nie można zetrzeć z oczu, nie można zapomnieć, pomimo to — istnieją na świecie wyrzutki ludzkości, którzy dla swoich egoistycznych celów usiłują na nowo rozpalić pożogę wojny i zepchnąć świat w odmęty rozpaczy.

Pięknie mówił o tym znakomity pisarz radziecki, Ilia Erenburg:

„Strwożeni ludzie pytają: czyżby znowu wojna? Czy można żyć w takim niepokoju,? Czy można wychowywać dzieci, zadając sobie jednocześnie pytanie, kiedy spadnie na nie bomba? Czy można myśleć, tworzyć, posuwać naprzód ludzką kulturę, gdy zawisło nad nią widmo wojny? Wojna to nie trzęsienie ziemi, i nie samum. Wojna jest dziełem ludzi i ludzie mogą jej zapobiec"...

Mówiąc o zadaniach delegatów, Ilia Erenburg powiedział:

„Ogromny ciężar spoczywa na barkach każdego z nas. Człowiek ma prawo nie oszczędzać siebie, postępować beztrosko lub nierozsądnie. Ale nie myślimy w tej chwili o własnym losie: ciąży na nas odpowiedzialność za wszystkie dzieci, jasne i ciemne, za dzieci z Londynu i Moskwy, Paryża i Pekinu, za dzieci z nowojorskich drapaczy chmur i za te, które błąkają się wśród gruzów Korei. Na nas ciąży odpowiedzialność za wszystkich zakochanych, za wszystkie księgi na świecie, za wszystkie miasta, za wszystkie ogrody"...

„Jakiż naród mógłby pragnąć ponownie przeżytych okropności. Czyż Warszawa ma znowu ujrzeć dusicieli i podpalaczy? Czyż Paryż ma znowu usłyszeć odgłos żelaznych kroków okupanta? Czyż Londyn ma znowu wsłuchiwać się w łoskot nieba i ukrywać swe dzieci pod ziemią? Czyż naród amerykański, który zna wojnę głównie z filmów produkowanych w Hollywood, ma ujrzeć na swej ziemi ogień, krew i śmierć? Czyż my dopuścimy do nowej wojny, czy nie potrafimy poskromić tych, którzy ją przygotowują, którzy nie tylko hodują bakcyle, mogące stoczyć żywe ciało narodów, ale którzy także przygotowują zamach na dusze narodów, usiłują zatruć sumienie milionów, wpoić im ideologię wyższości jednego narodu nad innym, nienawiści do innych narodów i pragnienie masowego mordu?"...

Z wypowiedzi delegatów widać było, że wszystkie narody pragną jednego: wzajemnego poznania, porozumienia i pokojowej współpracy gospodarczej, kulturalnej i politycznej. Wspólna myśl, wspólna głęboka wiara przepajała wypowiedzi wszystkich uczestników, zaś wypowiedzi te wyrażały wolę i pragnienie setek milionów ludzi, którzy swych przedstawicieli wysłali na Kongres do Warszawy. Umiłowanie pokoju i pogarda, nienawiść do zbrodni wspólne są wszystkim ludziom na świecie.

Z wysokości trybuny kongresowej rozszedł się po świecie głos wielu mówców: przedstawicieli narodów, pozostających w jarzmie ucisku imperialistycznego, wysłanników takich narodów, których rządy uciskają inne narody, duchownych wszystkich kościołów, chińskiego komunisty i włoskiego katolika, uczonych i młodzieży, polityków i wielodzietnych matek, angielskiego konserwatysty i polskiego górnika, przedstawicieli wszystkich ras, wyznań i narodowości, i wszyscy bez różnicy płci i wieku zgadzali się co do tego, że

trzeba bezwzględnie wprowadzić powszechny zakaz broni masowej zagłady,
konieczne jest zaprzestanie wyścigu zbrojeń i stopniowe rozbrojenie,
propaganda na rzecz nowej wojny jest zbrodnią i musi obowiązywać powszechny zakaz tej haniebnej propagandy,
wszystkie narody mają prawo do stanowienia o swoim losie, do bytu państwowego, do niepodległości,
na koniec, słyszeliśmy żądanie pokojowego uregulowania wszystkich istniejących w tej chwili konfliktów wojennych i powrotu do normalnej wymiany gospodarczej i kulturalnej pomiędzy narodami.

* * *

ECHO tego wspaniałego zjazdu dotarło do wszystkich ludzi na świecie i wszędzie dotarła krzepiąca nadzieja na lepszą przyszłość, szczęśliwsze jutro. Bo czyż nie podnosi na duchu głos płynący z sali Kongresu, że nikt i nic nie jest w stanie odebrać narodom prawa do wyzwolenia, do kroczenia drogą postępu, do zrzucenia jarzma niewoli?

Bo czyż nie podnosi na duchu głos przedstawicieli Niemieckiej Republiki Demokratycznej, że 95% stoczniowców hamburskich, że 92% studentów stuttgardskich, że miliony Niemców w skolonizowanej przez Amerykanów części Niemiec — sprzeciwiają się odrodzeniu niemieckiej armii, że remilitaryzacja Niemiec Zachodnich jest nowym zamachem na pokój, zbrodnią wobec świata i wobec narodu niemieckiego?

Czyż nie podnosi na duchu głos delegata ludu jugosłowiańskiego, który mówił, że prowadzić wojnę przeciwko ludowi — oznacza ponieść klęskę?

A właśnie przeciw ludom pragnącym pokoju i wolności prowadzą wojnę imperialiści i ich poplecznicy — Li-Syn-Man, Tito, Franco i inni.

* * *

DOTYCHCZAS zebrano 500 milionów podpisów pod Apelem Sztokholmskim. Połowa dorosłej ludności świata rzuca groźne ostrzeżenie pod adresem imperialistów, którzy chcą zatopić świat we krwi mężczyzn, kobiet i dzieci, i obrócić w niwecz wiekowe zdobycze kulturalne. Nic dziwnego, że do ruchu Obrońców Pokoju przybywają ciągle nowi zwolennicy, przyłączają się nowe miliony ludzi, którzy nie chcą wojny, którzy nienawidzą wojny.

Dziś po II Światowym Kongresie Obrońców Pokoju widać, iż ruch ten jest tym potężniejszy, że posiada kierownictwo — ŚWIATOWĄ RADĘ POKOJU. Stworzenie kierownictwa, które przewodzić będzie światowemu ruchowi obrońców pokoju, nadanie tej potędze wyraźnej i określonej struktury organizacyjnej, stworzenie reprezentacji, która będzie żądać realizowania postulatów milionowych rzesz Obrońców Pokoju — oto najważniejsze osiągnięcia Kongresu Warszawskiego.



Delegatka Czechosłowacji **(FP)**



Delegaci Hindustanu **(FP)**

Dr ROMAN GOSIEWSKI
Dyr. Dep. Min. Zdr.

Walka z gruźlicą w planie sześcioletnim

W szeregu chorób, wyrywających człowieka pracy z produkcji, odbudowy i rozbudowy wszystkich dziedzin naszej Ludowej Ojczyzny — gruźlica zajmuje jedno z czołowych miejsc.

Gruźlica — to skutek przedwojennej nędzy milionów ludzi pracy, to skutek bezrobocia wśród robotników, mało i bezrolnych chłopów, oraz inteligentów. Gruźlica szczególnie dotknęła dzieci robotnicze i chłopskie. Tragiczny ten stan pogorszyła faszystowska okupacja, której celem było biologiczne wyniszczenie naszego narodu.

To też na progu niepodległości politycznej i społecznej, wywalczonej przez bohaterską Armię Czerwoną i walczące u jej boku Odrodzone Wojsko Polskie — gruźlica była klęską społeczną o rozmiarach dotychczas w Polsce niespotykanych. Śmiertelność z powodu gruźlicy w r. 1945 wynosiła: 50 na 10.000 mieszkańców.

WALKA WYPOWIEDZIANA GRUŹLICY

Rząd Polski Ludowej, doceniając powagę sytuacji na tym odcinku, rzucił do walki z gruźlicą dostępne w tym czasie środki. Brak było przede wszystkim kadr lekarskich i pielęgniarskich, brak było łóżek sanatoryjnych i szpitalnych, brak było poradni przeciwgruźliczych — tej pierwszej i decydującej linii frontu walki z gruźlicą. Mimo tych olbrzymich trudności już w ciągu pierwszego roku rozpoczętej akcji zdołano uruchomić około 13.000 łóżek sanatoryjnych i szpitalnych, zmontować — na razie jeszcze źle, ale zawsze już czynnych — szereg poradni przeciwgruźliczych.

Z roku na rok, w miarę wzrostu dochodu narodowego, rosły środki przeznaczone przez Rząd Ludowy na walkę z gruźlicą. W roku 1947 rozpoczęliśmy zakrojoną na olbrzymią skalę akcję szczepień przeciwgruźliczych, co wysunęło nas w tej dziedzinie na jedno z pierwszych miejsc na świecie. Spadek zachorowań i śmiertelności na gruźlicę z roku na rok był wyraźniejszy.



Gruźlica kostno-stawowa u dzieci jest leczona z doskonałymi wynikami w Sanatorium w Górce k. Buska.
(FP)

ORĘŻEM WALKI — WZROST STOPY ŻYCIOWEJ

Stwierdzić tu jednak należy, że spadek zachorowalności i umieralności na gruźlicę nie jest wyłączną zasługą służby zdrowia. Decydującym momentem w tym wypadku była i jest stale wzrastająca stopa życiowa robotnika, jako wynik wzrostu naszego majątku narodowego, gromadzonego rękami robotników produkcji. Spadek zachorowalności na gruźlicę to zasługa Pstrowskiego i Markiewki, Gościmińskiej i Krajewskiego, i tysiąca im podobnych bohaterów pracy. Dobra, wytworzone ich rękami i rękami setek tysięcy innych ludzi pracy, nie płyną już do kieszeni rekina kapitalistycznego, lecz obracane są na rozwój potęgi gospodarczej Polski Ludowej jako bazy

wysokiej stopy życiowej i rozwoju kulturalnego ludzi pracy.

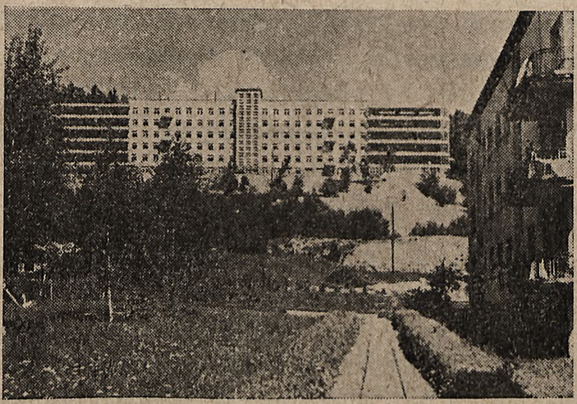
Mimo niewątpliwie znacznych osiągnięć na polu zwalczania gruźlicy nie wolno nam zamykać oczu na szereg braków i niedociągnięć w naszej pracy, bo tylko krytyczna i dynamicznie ujęta ocena sytuacji pozwoli nam na wyciągnięcie wniosków, zmierzających do osiągnięcia zadawalającego na obecnym etapie poziomu akcji.

TRZY PODSTAWOWE BRAKI

Wciąż jeszcze odczuwamy ogromne braki w kadrach, szczególnie pielęgniarskich. Stan ten tłumaczy się częściowo przesadną obawą zakażenia się gruźlicą przy pracy. Szeroka akcja uświadamiająca wśród pielęgniarek jest konieczna, by położyć kres temu podejrzliwemu podejściu do zagadnienia pracy w instytucjach zwalczania gruźlicy.

Wciąż jeszcze za mało mamy łóżek sanatoryjnych i szpitalnych, które są niezbędną bazą dla coraz intensywniejszej akcji, prowadzonej przez poradnie.

Wciąż jeszcze obok niedostatecznej ilościowo mamy niedostateczną jakościowo pracę w poradni przeciwgruźliczej.



Walka z gruźlicą przybiera wciąż na sile. Sieć pięknych sanatoriów i prewentoriów rośnie z każdym dniem. Na zdjęciu Sanatorium dziecięce w Bystrej na Śląsku. (FP)

Na wyrównaniu tych trzech podstawowych braków opierają się wytyczne planu sześcioletniego w zakresie zwalczania gruźlicy.

PORADNIA — TRZONEM AKCJI PRZECIWGRUŹLICZEJ

Najważniejszym zagadnieniem w hierarchii potrzeb, a więc i najpilniejszym, jest rozwój sieci poradni przeciwgruźliczych i nadanie ich pracy odpowiedniego poziomu. W obecnej chwili mamy 260 poradni przeciwgruźliczych. Z liczby tej widać, że w kilkudziesięciu powiatach nie ma poradni w ogóle. Trzeba stwierdzić, że znaczny odsetek poradni nie pracuje w sposób właściwy, to znaczy nie ma odpowiedniego stylu pracy dyspanseryjnej z szerokim wyjściem w teren i nie ma oparcia o bazę łóżek szpitalnych, nie spełniając w ten sposób podstawowego postulatu organizacyjnego jakim jest łączenie lecznictwa otwartego z zamkniętym.

Poradnia przeciwgruźlicza jest instytucją podstawową, jest trzonem akcji zwalczania gruźlicy. Wokół niej skupiają się wszystkie zagadnienia i elementy tej akcji zarówno fachowe jak i społeczne. Stąd też wynika szeroki zakres działalności poradni i szeroki wachlarz zadań, jakie tu właśnie muszą być przeprowadzone. Mamy tu zagadnienia takie, jak ambulatoryjne leczenie gruźlicy, uzupełniane w koniecznych przypadkach leczeniem sanatoryjnym, czy szpitalnym, mamy pracę dyspanseryjną z głębokim sięgnięciem w teren, akcję doustnych i śródskórnych szczepień przeciwgruźliczych, masowe badania określonych grup ludności, wreszcie szeroką współpracę z czynnikiem społecznym.

Wspomnieliśmy już, że mamy za mało poradni przeciwgruźliczych, a poza tym nie wszystkie pracują należycie. W planie sześcioletnim poradnię przeciwgruźliczą będzie miał każdy powiat, każde miasto wydzielone i dzielnica miejska.

Ponadto sieć poradni będzie silniej zagęszczona w okręgach przemysłowych celem udostępnienia robotnikom podstawowych gałęzi produkcji szybszej, a więc i skuteczniejszej pomocy.

Sama jednak liczba poradni nie decyduje jeszcze o właściwym poziomie akcji zwalczania gruźlicy. Momentem najistotniejszym jest *dobra praca* poradni, polegająca w pierwszym rzędzie na czynnym kontakcie z terenem, wysokim poziomie fachowym, wystarczającej ilości godzin dziennej pracy, oraz ścisłym powiązaniu z lecznictwem zamkniętym.

BAZA ŁÓŻEK SANATORYJNYCH

Koniecznym warunkiem właściwej pracy poradni i jej uzupełnieniem jest baza łóżek sanatoryjnych i szpitalnych łóżek przeciwgruźli-

czych. W chwili obecnej baza ta, jakkolwiek niemal trzykrotnie wyższa od bazy przedwojennej, jest za niska i będzie w planie sześcioletnim powiększona o blisko 100%. W metodyce pracy sanatoryjnej przewidziana jest „dyspanseryzacja“ sanatoriów, to znaczy, że jednym z elementów pracy sanatoryjnej będzie prowadzenie typowej terenowej poradni przeciwgruźliczej. Kierowanie na leczenie sanatoryjne, pozostające w chwili obecnej praktycznie w rękach dyrektorów sanatoriów, przerzucone będzie w najbliższej przyszłości całkowicie na Centralne Poradnie Przeciwgruźlicze,



Odpowiednie wyposażenie Sanatorium jest troską całego Sanatorium. (FP)

co pozwoli na najbardziej słuszny dobór kandydatów na leczenie sanatoryjne, zarówno pod względem fachowym jak i społecznym, a poza tym usprawni ruch chorych, sprowadzając do minimum „pustostanie“ łóżek sanatoryjnych.

Zagadnieniem specjalnym, na które położony będzie duży nacisk w planie sześcioletnim, to półsanatoria przeciwgruźlicze, które pozwolą ludziom dotkniętym gruźlicą pracować, przywracając im świadomość użyteczności społecznej, co jest niemałym bodźcem terapeutycznym, a także włączając ich wysiłek do sprawy rozwoju naszej Ojczyzny.

Znacznie powiększona będzie ilość łóżek sanatoryjnych dla dzieci najmłodszych, u których gruźlica ma przebieg najgroźniejszy, oraz ilość łóżek dla gruźlicy kostno-stawowej.

KADRY W WALCE PRZECIWGRUŹLICZEJ

Postawienie pracy w poradniach, sanatoriach i szpitalach gruźliczych na odpowiednim poziomie, wymaga odpowiednio przygotowanych kadr. Łącznie z ogólnym wzrostem kadr lekarskich i pielęgniarskich wzrastać też będzie obsada poradni i sanatoriów. Młodzi lekarze — przyszli specjaliści ftizjatrzy — kierowani są na dwuletni staż specjalizacyjny do sanatoriów przeciwgruźliczych. Jakkolwiek widoczne są jeszcze pewne opory i wahania ze strony pielęgniarek w stosunku do pracy w zakładach przeciwgruźliczych, to i tu doskonałe warunki pracy mieszkaniowe i klimatyczne, wyższe uposażenie i dodatkowe urlopy przyciągają coraz liczniejsze zastępy do tej niewątpliwie atrakcyjnej pracy. O atrakcyjności tej pracy świadczy fakt, że niezmiernie rzadkie są wypadki, by pielęgniarki z zakładów przeciwgruźliczych przechodziły do innego typu zakładów leczniczych.

* * *

Planowanie i organizacja walki z gruźlicą opiera się na podstawach naukowych wypracowanych przez Instytut Gruźlicy, skupiający w swej Radzie Naukowej najwybitniejszych fachowców tej dziedziny. W planie sześcioletnim nastąpi rozwój naukowych pracowni Instytutu, co pozwoli na zwiększenie zakresu i pogłębienie tematyki prac naukowych, w celu udoskonalenia akcji walki z gruźlicą.

Realizując zadania planu sześcioletniego w zakresie zwalczania gruźlicy damy swój wkład do budowy podstaw socjalizmu w naszym kraju przez zwrócenie do produkcji tysięcy ludzi wyleczonych i zapewniając znaczne obniżenie zachorowalności na gruźlicę wśród młodego pokolenia, które poprowadzi dalej kraj do pięknej, socjalistycznej przyszłości.

Roman Gosiewski

Dr IGOR KRYCZYŃSKI

GRUŹLICA A ZAGADNIENIE OPIEKI NAD MATKĄ I DZIECKIEM

STATYSTYKA przyczyn zgonów wykazuje, że przed ostatnią wojną światową rocznie umierało w Polsce na gruźlicę 60—70.000 ludzi, przy czym trzeba nadmienić, że liczba chorych na to cierpienie była co najmniej dziesięciokrotnie wyższa. Śmiertelność z powodu gruźlicy zajmowała stale pierwsze miejsce, przewyższając znacznie liczbę zgonów z powodu wszystkich innych chorób zakaźnych, a obecnie, w przybliżeniu tylko ocenić można rozmiary klęski spowodowanej przez 5 lat trwania drugiej wojny światowej. Według danych Wydziału Walki z Gruźlicą liczba zgonów na gruźlicę wynosi obecnie w Kraju około 60.000, liczba zaś chorych dochodzi do 600.000 (w roku 1947), z czego wydzielić trzeba około 100.000 chorych niebezpiecznych dla otoczenia ze względu na wydzielanie w plwocinie prątków szerzących zakażenie gruźlicze. Walka z tą chorobą, przybierającą tuż po wojnie rozmiary klęski społecznej jest prowadzona bardzo energicznie przez służbę zdrowia Polski Ludowej.

Walka z gruźlicą staje się prawdziwie skuteczna, gdy najliczniejsze masy społeczeństwa zapoznają się z istotą gruźlicy oraz z metodami jej zapobiegania i zwalczania.

Gruźlica jest przewlekłą chorobą zakaźną i częstokroć nie zdradza się żadnymi objawami klinicznymi. W pewnych warunkach ujawnia się w postaci schorzenia różnych narządów, przy czym najczęściej spotykana jest w postaci gruźlicy płuc.

Zarazek gruźlicy — prątek Kocha — znajduje się we wszystkich ogniskach chorobowych. Przy gruźlicy płuc, za pośrednictwem kropelek śluzu, jaki wydostaje się z ust chorego w czasie kaszlu, kichania lub mowy, prątki rozsiewają się w otaczającym powietrzu na odległość do 1,5 m, stanowiąc potencjalne źródło zakażenia. Prątek gruźliczy może się również przenosić za pośrednictwem pyłu, unoszącego się w powietrzu w środowisku zakażonym. Prątek gruźliczy jest mało odporny; pod wpływem bezpośredniego światła słonecznego ginie już po upływie kilku godzin, jednakże w wilgoci i ciemności zachowuje swoją żywotność nawet do roku. Ogrzewanie zakażonego materiału w temperaturze 60—70°C skutecznie zabija zarazki gruźlicy.

ŹRÓDŁA ZAKAŻENIA

Najważniejszym źródłem zakażenia jest *człowiek chory na gruźlicę* płuc, wykrztuszający prątki z plwociną. Szczególnie niebezpieczni dla otoczenia są chorzy na postępującą gruźlicę płuc. Uderzająca jest częstość zakażania się w małżeństwie — od małżonka chorego na gruźlicę. Podobnie często zakażają się dzieci od chorych rodziców.

Przebieg gruźlicy u zakażonego współmałżonka, dotyczy to zwłaszcza żony, bardzo często ulega znacznemu pogorszeniu w porównaniu ze stanem sprzed małżeństwa. Dlatego też ustawodawstwo polskie zabrania zawierania małżeństwa osobom, z których jedna dotknięta jest otwartą gruźlicą.

Wspomniano już wyżej, że chory na gruźlicę płuc rozsiewa dokoła siebie zarazki w niedostrzegalnych gołym okiem kropelkach śliny, poza tym olbrzymia ilość prątków znajduje się w odpluwanej przez niego plwocinie. Obliczono, że w ciągu jednego dnia chory może wydalić w plwocinie i kropelkach przeszło pół miliarda prątków gruźliczych. Trafiając na podłogę plwocina wysycha, ulega roztarciu przez stopy przechodzących osób, następnie zaś unosząc się z kurzem w powietrzu — dostaje się do płuc osób zdrowych. Szczególne niebezpieczeństwo grozi dzieciom, które zazwyczaj bawią się na podłodze.

Bardzo często sprawcami szerzenia się gruźlicy wśród dzieci są osoby starsze, w wieku powyżej 50—60 lat. U tych osób gruźlica przebiega częstokroć bardzo łagodnie, tak że otoczenie nie spostrzega tego schorzenia, tym więcej, że rozpowszechnione jest błędne mniemanie jakoby ludzie starsi nie chorowali na gruźlicę.

Nie wolno zapominać, że i dzieci mogą rozsiewać w otoczeniu prątki gruźlicy. Dzieci nie kaszlące nawet, z tzw. gruźlicą zamkniętą, przebiegającą bez wyraźnego zakłócenia ich stanu ogólnego, a objawiającą się naciekami w okolicy wnęki płuc lub miąższu płucnym (co wykryć można tylko przy pomocy promieni rentgenowskich, względnie próby Pirqueta) — mogą nosić w sobie zjadliwe prątki gruźlicy i rozsiewać je dookoła siebie.

Rozsadnikami gruźlicy mogą być wszelkie *przedmioty zakażone przez chorego*, np. brudna bielizna, naczynia stołowe, ubranie, książki, zwłaszcza gdy chory ma zwyczaj ślinić palce przy odwracaniu kartek.

Prątki gruźlicze mogą zanieczyścić pokarmy, jeżeli osoby wytwarzające lub sprzedające takie artykuły chorują na gruźlicę płuc. Dotyczy to szczególnie mleka krowiego. W 50,8% prób mleka pobranego na rynku warszawskim wykryto prątki gruźlicze.

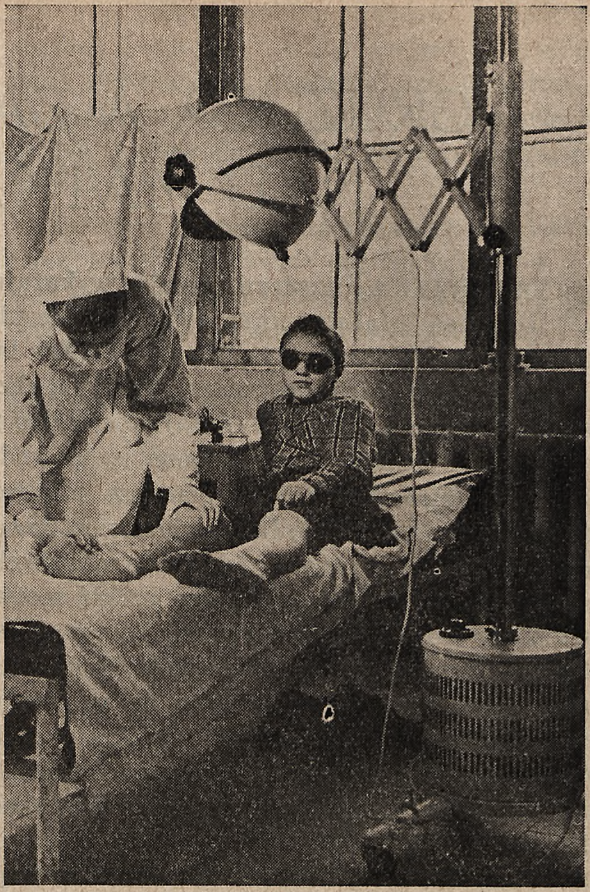
Obok człowieka chorego na gruźlicę drugim źródłem zakażenia gruźlicą jest *bydło rogate*, zwłaszcza krowy dotknięte gruźlicą wymienia, tzw. perlicą. Prątki występują w mleku również wtedy, gdy krowy cierpią na gruźlicę przewodu pokarmowego lub narządu moczowego. W tych przypadkach kał lub mocz, zanieczyszczając skórę, zwłaszcza okolic wymienia, sprawia, że prątki dostają się do mleka. Zakażone artykuły spożywcze, szczególnie zaś niegotowane mleko, względnie masło przygotowane z takiego mleka grożą niebezpieczeństwem wywołania pierwotnej gruźlicy jelit, na którą dzieci są specjalnie podatne, ponieważ ich nabłonek jelitowy przepuszcza prątki gruźlicze.

WROTA ZAKAŻENIA

Prątki mogą dostawać się do ustroju ludzkiego w różnych okresach życia — rozmaitymi drogami.

W życiu płodowym zdarza się — zresztą bardzo rzadko — zakażenie łożyskowe. Zazwyczaj gdy matka jest chora na gruźlicę, to aby ochronić noworodka przed zakażeniem, wystarcza oddzielić go od matki i umieścić w środowisku wolnym od gruźlicy. G r u ź l i c a n i e j e s t c h o r o b ą d z i e d z i c z n ą !

W życiu pozapłodowym zarazki dostają się do ustroju najczęściej przez *drogi oddechowe*.



Troskliwy i życzliwy stosunek pielęgniarek do chorych dzieci łagodzi ich cierpienia fizyczne i poczucie kalectwa. (FP)

Przewód pokarmowy odgrywa znacznie mniejszą rolę jako wrota zakażenia.

Z czynników zewnętrznych usposobiających do zachorowania na gruźlicę należy wymienić następujące: ciasne i przeludnione mieszkania, w których znajduje się chory na gruźlicę, tym więcej, że w takich mieszkaniach brak jest zazwyczaj słońca, tego naturalnego środka odkażającego; wytężona praca fizyczna i umysłowa, niedożywienie, niedosypianie, nadużywanie — często w ciągu lat — alkoholu, co prowadzi do osłabienia sił żywotnych ustroju; u kobiet wielkie znaczenie mają liczne porody i długotrwałe karmienie piersią; silne urazy psychiczne te zwłaszcza, które pociągają za sobą upośledzenie odżywiania chorego. Częstym punktem wyjścia dla gruźlicy bywa przeziębienie.

Wiek niemowlęcy i młodzieńczy odznacza się wielką podatnością i małą odpornością na zakażenie gruźlicze, dlatego też w tych okresach życia notuje się największą umieralność na gruźlicę.

PROFILAKTYKA

Największe znaczenie dla skutecznego zwalczania gruźlicy posiada ustawodawstwo zdrowotne. Obecnie w Polsce ustawodawstwo nasze zmierza do podniesienia stopy życiowej robotników, do poprawy higieny mieszkań, do ochrony pracy, do opieki nad matką i dzieckiem, do walki z alkoholizmem itd.

Naczelną zasadą akcji przeciwgruźliczej jest ochrona ludności zdrowej przed zakażeniem prątkami gruźliczymi. Wobec tego, że zakażenie gruźlicą następuje przeważnie w niemowlęctwie lub wczesnym dzieciństwie, a dokonuje się na skutek bezpośredniego stykania się dzieci z chorymi na gruźlicę otwartą, szczególnie z chorą matką, akcję ochrony zdrowych przed zakażeniem i zachorowaniem należy rozpoczynać już od chwili przyjścia niemowlęcia na świat, a nawet jeszcze wcześniej, mianowicie *od chwili zajścia kobiety w ciążę.*

Należycie zorganizowana opieka nad kobietą ciężarną przyczynia się do tego, że wydany przez nią na świat noworodek będzie odporniejszy na wszelkie szkodliwe wpływy zewnętrzne. Stwierdzenie, że ciężarna jest chora na gruźlicę pociąga za sobą stworzenie jej warunków dla leczenia i racjonalnej opieki, a później z chwilą przyjścia na świat noworotka — natychmiastowe odizolowanie go od chorej matki. Dzięki temu zapobiega się skutecznie codziennemu zakażeniu niemowlęcia, które oddaje się w środowisko zupełnie zdrowe a nadto uodparnia się za pomocą szczepionki Calmette'a. Podobnie, jeśli ojciec jest chory na gruźlicę, dziecko musi być od niego oddzielone.

Pożądane jest, by dziecko nie stykało się z chorymi rodzicami, zwłaszcza z chorą matką, przynajmniej przez 2—3 lata, a później także w okresie dojrzewania płciowego nie może być narożone na częste i masowe zakażenie prątkami gruźlicy.

UODPARNIANIE SZCZEPIONKĄ B. C. G.

Brak odporności na zakażenie gruźlicze u niemowląt od dawna przywodził na myśl sztucznego uodpornienia dla uzyskania odporności swoistej. Po wielu nieudanych próbach różnych badaczy myśl tę wreszcie zrealizował Calmette. Obecnie już na całym świecie i u nas w Polsce stosuje się na szeroką skalę szczepienia ochronne niemowląt i dzieci tzw. szczepionką B. C. G. Jest to szczepionka z osłabionych prątków gruźliczych. U noworodków stosuje się szczepionkę doustnie, w trzech dawkach, na trzeci, piąty i siódmy (względnie na czwarty, szósty i ósmy) dzień po urodzeniu. Jednorazową dawkę, czyli zawartość jednej ampułki podaje się w łyżeczce mleka na pół godziny przed karmieniem.



Dzieci w prewentoriach uczą się higieny życia codziennego. (FP)

Starsze dzieci, począwszy od 6 miesiąca życia, oraz młodzież i dorosłych szczepi się dopiero po przekonaniu się, iż oddziałują ujemnie na tuberkulinę standaryzowaną i nie wykazują obecności w ustroju zmian gruźliczych.

Badanie odczynu tuberkulinowego przeprowadza się za pomocą tzw. próby Pirquet'a (jest to metoda skaryfikacyjna — na skórę daje się kroplę tuberkuliny standaryzowanej i nacina się skórę w tym miejscu). Jeżeli ta próba wypada ujemnie, to po 7 dniach wykonuje się śródskórną próbę Mantoux w rozcieńczeniu 1 : 1000.

Dowodem uodpornienia jest dodatni odczyn Pirquet'a. Odporność uzyskuje się w 5—8 tygodni od chwili zaszczepienia.

Ochrona dziecka przed zakażeniem gruźlicą wymaga jeszcze dalszych ostrożności, a to dlatego, że szczepionka B. C. G. broni ustrój tylko wobec umiarkowanego zakażenia — mniejszą ilością zjadliwych prątków, natomiast jest bezsilna wobec masywnego i często powtarzającego się zakażenia. „W stosunku do gruźlicy nie ma takiej odporności, któraby się nie załamała w ogniu superinfekcji" — takiego zdania jest wybitny znawca gruźlicy dziecięcej, prof. Popowski.

Szczepienia ochronne Calmette'a grają wielką rolę w zwalczaniu gruźlicy jako choroby społecznej, o czym najlepiej świadczą doskonałe wyniki uzyskane w krajach skandynawskich, gdzie metodę tę zaczęto stosować znacznie wcześniej niż u nas.

Ochrona przed zakażeniem gruźliczym, obok niemowląt, obejmuje także dzieci starsze, te szczególnie, które uczęszczają do przedszkoli i do szkół. Realizacja tej zasady polega na dokładnym badaniu z początkiem roku szkolnego wszystkich dzieci wstępujących do przedszkoli, szkół powszechnych i średnich, a także personelu nauczycielskiego i służby, słowem wszystkich osób, z którymi dzieci stykają się w szkole. W ten sposób można wykryć i oddzielić osoby chore na gruźlicę — zlikwidować źródło zakażenia.

Dalszym niezmiernie ważnym momentem ochrony dzieci i młodzieży przed zakażeniem gruźliczym jest hartowanie i wzmacnianie ustroju drogą racjonalnego wychowania fizycznego. Do tego samego celu prowadzą takie instytucje zapobiegawcze, jak kolonie, półkolonie, obozy letnie i prewentoria.

Jedną z naczelnych zasad walki z gruźlicą jest wczesne wykrywanie i likwidacja ogniska zakażenia gruźlicą. Jest to podstawowe zadanie poradni przeciwgruźliczych, które wchodzą w skład ośrodków zdrowia.

Reasumując, należy jeszcze raz podkreślić, że aby opanować jedną z największych klęsk społecznych, jaką niewątpliwie stanowi gruźlica, konieczna jest zdecydowana postawa całego uświadomionego społeczeństwa, które powinno wspierać służbę zdrowia we wszystkich jej poczynaniach, nasze Państwo Ludowe nie szczędzi bowiem wysiłków ani środków materialnych dla podniesienia stanu zdrowotności w Kraju.

Igor Kryczyński

ZYGMUNT BRANOWITZER
Dyr. Dep. Min. Zdr.

O zawodzie felczerskim

We wrześniu br. otwarto 12 liceów felczerskich, zaś z początkiem 1951 r. planuje się otwarcie 2 szkół felczerskich.

Licea felczerskie są szkołami 3-letnimi, do których przyjmowani są kandydaci w wieku od lat 16 do 30, mający za sobą co najmniej ukończoną 8 klasę Szkoły Podstawowej. Absolwenci liceów po przepracowaniu w swym zawodzie paru lat będą mieli prawo wstąpienia na Akademię Medyczną. Ci zaś absolwenci liceów felczerskich, którzy wykażą się najlepszymi postępami w nauce będą mieli prawo wstępu na Akademię Medyczną b e z p o ś r e d n i o po złożeniu egzaminu dyplomowego.

Natomiast **szkoły felczerskie** będą szkołami 1½ rocznymi i będą dawały prawo wyłącznie do wykonywania zawodu. Prawo wstępu do Szkoły będą mieli pracownicy Służby Zdrowia mający ukończoną szkołę pielęgniarstwa lub położnych (pielęgniarsko-położniczych) względnie co najmniej dwa lata studiów medycznych, zakończonych pomyślnie złożonymi egzaminami oraz tzw. nieuprawnieni felczerzy, tj. ci pracownicy służby zdrowia, którzy mając nieukończoną szkołę felczerską nie mają dyplomu felczerskiego, lecz pełnią funkcje felczerskie. Zadaniem tych szkół jest uregulowanie sytuacji zawodowej nieuprawnionych felczerów oraz dostarczenie w możliwie jak najkrótszym czasie pewnej liczby felczerów, których brak daje się dotkliwie odczuć w służbie zdrowia.

Są to zatem szkoły, których istnienie jest czasowe.

ZAGADNIENIE SZEROKO DOCENIONE

Otwarcie w ciągu paru miesięcy rb. 12 liceów felczerskich jest niewątpliwie dużym osiągnięciem naszej służby zdrowia i ma dla

niej pierwszorzędne znaczenie. Doniosłość decyzji Rządu, zlecającej Ministerstwu Zdrowia otwarcie liceów i szkół felczerskich, doceniły masy robotnicze oraz masy biedoty wiejskiej. Najlepszym tego dowodem jest fakt, że wszędzie, gdzie tylko zdecydowano otwarcie w/w szkół, wysiłki Wydziałów Zdrowia oraz Pełnomocników do spraw organizacji liceów felczerskich spotkały się z poparciem masowych organizacji robotniczych i chłopskich, a na uroczystych otwarciach liceów przedstawiciele robotników dawali wyraz swego zadowolenia z powodu reaktywowania zawodu felczera. Robotnik i chłop najbardziej odczuwają brak takiego ogniwa w służbie zdrowia, które spełniałoby funkcję doraźną, pierwszej pomocy lekarskiej bezpośrednio w warsztacie jego pracy tj. fabryce, kopalni, czy gospodarstwie rolnym. Dlatego też wysiłki Ministerstwa Zdrowia utworzenia szeregu liceów felczerskich spotkały się z tak żywym oddźwiękiem w szerokich masach pracujących Polski Ludowej.

POKUTUJĄCE TRADYCJE

Nie wszędzie jednak reaktywowanie zawodu felczerskiego spotyka się z przychylnym przyjęciem. Wśród części pracowników służby zdrowia pokutują jeszcze dawne, pamiętające burżuazyjną Polskę, tradycje antyfelczerskie. Tradycje te datują się z czasów ostrej walki konkurencyjnej, walki o utrzymanie się na możliwie najwyższym poziomie życia, z pominięciem troski o zdrowie szerokich mas ludowych. Jednak utrzymywanie się w tej tradycji obecnie — świadczy, że w szeregach pracowników służby zdrowia są jednostki, a nawet pewne grupy, które nie rozumieją jeszcze wielkości i istoty przemian, jakie dokonały się w Polsce wyzwolonej od społecznego wyzysku i ucisku, nie rozumieją czym jest socjalizm, którego fundamenty budujemy w Planie 6-letnim, zapominają o tym, że w Polsce Ludowej, a tym bardziej Polsce Socjalistycznej obce jest zagadnienie walki konkurencyjnej, kryzysów i bezrobocia, że na żadnym odcinku życia nie grozi nadprodukcja.

STAN WYMAGAJĄCY ZMIANY

Dlaczego potrzebny jest służbie zdrowia felczer i jakie winien on zająć w niej miejsce?

Nikomu z pracowników służby zdrowia nie jest obce zagadnienie braku kadr. Brak nam dostatecznej liczby lekarzy, pielęgniarek, położnych itd.

Troska o zdrowie najszerszych mas ludowych w Polsce przedwrześniowej nie istniała, jak nie istnieje w żadnym kraju burżuazyjnym, gdzie rąk do pracy jest zawsze pod dostatkiem i gdzie na miejsce jednego chorego robotnika może stanąć zastęp bezrobotnych. Robotnik tylko w skromnych rozmiarach mógł korzystać z pomocy lekarskiej, biedny i średniorolny chłop nie korzystał z niej niemal zupełnie. Higiena i stan sanitarny osiedli robotniczych i wsi stały na poziomie średniowiecznego prymitywu. I te właśnie antysanitarne warunki, bezrobocie, niskie płace, a z nimi powszechna nędza ludzi żyjących z pracy były przyczyną, że stan zdrowotny w naszym kraju był nie tylko bardzo zły, ale co więcej pogarszał się z roku na rok. Wojna i okupacja hitlerowska zrobiły resztę. Państwo Ludowe, które troszczy się o zdrowie każdego człowieka pracy postanowiło radykalnie zmienić ten stan rzeczy. Przed Ministerstwem Zdrowia stanęło więc poważne zadanie przyjścia z jak najszybszą pomocą masom ludowym: a więc profilaktyczna walka z chorobami i przywrócenie zdrowia choremu już człowiekowi pracy celem wrócenia go społeczeństwu jako pełnowartościowego obywatela, budującego lepszą przyszłość, budującego socjalizm — radykalną odpowiedź na groźbę wojny niosącej nowe miliony ofiar, zniszczenia i nieszczęścia dla mas pracujących całego świata.

NIEZBĘDNE OGNIWO

Aby zabezpieczyć lud pracujący przed chorobami trzeba szerzyć oświatę sanitarną, podnieść higienę osobistą, higienę w szkole, warsztacie pracy, na wsi i w każdym domu. W walce zaś o przywrócenie zdrowia choremu pierwszorzędne znaczenie ma szybkość udzielonej pomocy, szybka prawidłowo postawiona diagnoza, szybkie wykrycie i zlokalizowanie źródła choroby.

Co to oznacza? Oznacza to, że sieć posterunków leczniczo-sanitarnych musi być dostatecznie gęsta, musi sięgać najdalej od szpitala położonych osiedli, każdego warsztatu pracy nad ziemią i pod ziemią (w kopalni).

Czy istniejące obecnie grupy zawodowe służby zdrowia gwarantują wykonanie tych zadań? Niewątpliwie nie.

Lekarz oderwany na stałe od swego podstawowego warsztatu pracy, od szpitala z biegiem lat traci na swej wartości, a przecież wykształcenie lekarza trwa dłużej i wymaga dużego nakładu kosztów. Tymczasem masy pracujące czekać nie mogą. Czy może tu zastąpić pielęgniarka? Niewątpliwie nie. Rola pielęgniarki poza wspólnym wszystkim pracownikom służby zdrowia zadaniem krzewienia oświaty sanitarnej i walki o podnoszenie higieny, jest troskliwa, wszechstronna, drobiazgowa opieka nad chorym, umiejętne, wymagające dużego przygotowania teoretycznego i praktycznego, p i e l ę g n o w a n i a chorego. Nie może ona zatem zastąpić lekarza w jego funkcjach, takich, jak podstawowe zbadanie chorego, umożliwiające odróżnienie sprawy poważnej, wymagającej wkroczenia lekarza, od drobnej sprawy chorobowej, którą może usunąć przez zastosowanie odpowiedniego leczenia, zapisanie odpowiedniej prostej r ecepty, właśnie pracownik służby zdrowia w tym kierunku przygotowany.

Takim pracownikiem będzie właśnie felczer. Jego główna zatem rola to o d c i ą ż e n i e w p r a c y l e k a r z a i wzmocnienie szeregów walczących o zabezpieczenie człowieka przed chorobami. Felczer to pracownik służby zdrowia nowego typu, umożliwiający objęcie podstawową opieką lekarską i higieniczno-sanitarną każdego człowieka b e z p o ś r e d n i o w m i e j s c u j e g o p r a c y. Jasnym jest, że nie tylko nie wypiera on lekarza, lecz jest jego prawą ręką; nie tylko nie usuwa w cień pielęgniarki czy położnej, lecz wybitnie ułatwia i czyni lżejszą oraz bardziej racjonalną i skuteczniejszą ich pracę.

Felczer jest niezbędnym ogniwem w służbie zdrowia, podobnie jak pielęgniarka, położna, laborant medyczny itp., podobnie jak, na wyższym poziomie, lekarz. Słuszność istnienia tej grupy zawodowej wykazało wieloletnie doświadczenie Związku Radzieckiego, skąd zaczerpnięto wzór, program i wytyczne organizacyjne dla tego typu szkół.

FELCZER O NOWYM OBLICZU

Nie należy przytem zapominać, że felczer Związku Radzieckiego różni się od dawnego typu felczera swym, o wiele wyższym, poziomem wiedzy zawodowej, swym ideologicznym poziomem ułatwiającym mu dobre spełnienie swych zadań i funkcji, swą powszechną wysoką moralnością, która każe mu doceniać wiedzę i autorytet lekarza oraz czuć się członkiem wielkiego zespołu średniego personelu medycznego, związanego jedną wspólną ideą — walki o zdrowie człowieka pracy, budowniczego socjalizmu, a nie zżerającego się walką o większy czy mniejszy prymat w służbie zdrowia. Takich felczerów niewątpliwie wychowa Polska Ludowa w naszych nowych szkołach, a uczniom naszych liceów i szkół przyświecać będzie wzór felczera radzieckiego.

CEL ŁĄCZY

W roku 1951 powstaną dalsze 3-letnie licea felczerskie, równocześnie powstają i powstawać będą dalsze szkoły pielęgniarstwa i innych średnich zawodów medycznych, gdyż, jak podkreślono wyżej, felczer nie wyczerpuje potrzeb służby zdrowia, nie eliminuje innych średnich zawodów medycznych. Tak np. pielęgniarka jest również niezbędnym ogniwem w służbie zdrowia. Głównie od jej umiejętności i troskliwości zależy szybkość powrotu do pełnego zdrowia człowieka pracy, ona najlepiej potrafi zaopiekować się chorym dzieckiem ,czy też dzieckiem w żłobku, ona najwnikliwiej potrafi wejrzeć w stosunki domowe pracującego.

Nić łączności między szkołami pielęgniarstwa a liceami felczerskimi została już nawiązana i w obydwu tych gałęziach nauczania panuje właściwa atmosfera, która pozwoli na przygotowanie i wychowanie we wszystkich szkołach medycznych dobrych pełnowartościowych pracowników służby zdrowia, łączyć ich będzie wspólna, marksistowsko - leninowska ideologia, wspólna idea walki o zdrowie człowieka pracy, wspólna potrzeba i chęć zbudowania w naszym kraju socjalistycznej Służby Zdrowia.

Zygmunt Branowitzer

Z. J. ROLJE

Gruźlica kostno-stawowa u dzieci

Gruźlica kostno-stawowa jest jednym z najcięższych schorzeń szkieletu.

Przypadki nie leczone prowadzą do znacznego obniżenia wydajności pracy chorego, nierzadko wręcz do kalectwa.

Gruźlica kostno-stawowa powstaje na skutek rozsiania prątka gruźliczego drogą naczyń krwionośnych z ogniska w płucach lub gruczołach. Nie zawsze jednak rozsianie takie wywołuje schorzenie. Zdrowy organizm walczy zwycięsko z zarazkami i likwiduje szybko sprawę. Natomiast organizm dziecka, osłabiony przez choroby zakaźne, jak odra i krztusiec, ulega w walce i proces chorobowy znajduje warunki dla swego rozwoju.

Uraz nie może być przyczyną powstania ogniska gruźliczego w kości, może jednak w y z w o l i ć stare, wygasłe ognisko.

Główną przyczyną rozwoju ogniska kostno-gruźliczego jest kontakt z chorym na gruźlicę, zwłaszcza codzienny kontakt, z którymś z domowników.

Prątek gruźliczy osiada przeważnie w nasadach kości długich i w trzonach kręgowych, skąd rozprzestrzenia się w miarę rozwoju kości.

Ulegają schorzeniu w kolejności: k r ę g o s ł u p, s t a w y — b i o d r o w y i k o l a n o w y, s t a w s k o k o w y, d r o b n e s t a w y i g ó r n e k o ń c z y n y.

Można zauważyć związek między umiejscowieniem schorzenia a wiekiem chorego. Tak w 50% wszystkich przypadków gruźlicy kręgosłupa, stawu biodrowego i kolanowego przypada na pierwsze 5 lat życia dziecka.

PRZEBIEG PROCESU

Proces gruźliczy, rozpocząwszy się w nasadach kości, stopniowo rozprzestrzenia się drogą ziarninowania, niszczy belkowatość kostną i przechodzi na tkanki miękkie, obejmując duże połacie aparatu kostno-stawowego. Ziarnina pod wpływem trujących wydzielin prątka ulega obumieraniu i rozmiękaniu. Tworzy się n a c i e k gruźliczy. Jak długo trwa proces gruźliczy w kości, naciek może się powiększać i rozszerzać daleko poza granice ogniska w kości. Naciek może rozwijać się powoli, niedostrzegalnie dla chorego. Tak, chory na gruźlicę kręgów lędźwiowych przypadkowo może zauważyć u siebie naciek w postaci obrzmienia na biodrze. Obrzmienie to zwiększa się, pęka i powstaje przetoka, która długo się nie goi i może stać się wrotami wtargnięcia rozmaitych bakterii ropnych. Tego rodzaju w t ó r n e z a k a ż e n i e pogarsza stan chorego i może doprowadzić do skrobiawicy (zwyrodnienia amyloidowego) wewnętrznych narządów miąższowych, a nawet do śmierci chorego.

Jeżeli natomiast proces w kości przygasa, naciek również przestaje się powiększać, stopniowo rozsysa się lub wapnieje i pozostaje na długie lata w postaci twardego obrzmienia nie przysparzając choremu żadnych dolegliwości.

OBJAWY

Gruźlica kostno-stawowa rozpoczyna się naogół niemal nieuchwytnie. Przede wszystkim daje się zauważyć zmiana nastroju dziecka. Dziecko staje się osowiałe, zabawy go nie cieszą, traci łaknienie. Czasami ciepłota podnosi się do 37,2° — 37,5°. W innych przypadkach rodzice spostrzegają u dziecka zmiany przy chodzeniu. Przy schorzeniu kręgosłupa chory zaczyna chodzić bądź nadmiernie wyprostowany, bądź zgięty. Przy siadaniu stara się oprzeć rękami o krzesło, przy zginaniu opiera się rękami o kolano. Żadnych skarg na bóle dziecko nie podaje. Jeżeli dziecko w takim stanie położyć do łóżka na kilka dni, to objawy te znikają i dziecko wstaje pozornie zdrowe. Ale po pewnym czasie wszystko powtarza się od nowa. I to dla gruźlicy kostno-stawowej jest znamienne.

Badanie przeprowadzone w tym okresie pozwala już na stwierdzenie ograniczenia ruchów w zaatakowanym odcinku aparatu ruchowego. Skargi na bóle zjawiają się daleko później. Bóle te spowodowane są uciskiem na korzonki nerwowe przez naciek zapalny i dają się zauważyć w pewnym oddaleniu od miejsca schorzenia. Przy gruźlicy kręgosłupa dziecko skarży się na bóle w brzuchu, plecach, rękach, przy gruźlicy stawu biodrowego — na bóle w kolanie. Poza tym dziecko zaczyna pokrzykiwać podczas snu. W tym początkowym okresie można już zauważyć pewne wychudzenie chorej kończyny. Zdjęcie rentgenologiczne może już pewne zmiany wykazać, ale nie zawsze tak bywa i wtedy należy po miesiącu zdjęcie powtórzyć. Wówczas można stwierdzić lekkie odwapnienie kości i obrzęk miękkich części stawu.

Wobec tego, że gruźlica kostno-stawowa jest schorzeniem wtórnym, należy natychmiast skontrolować stan płuc i gruczołów i przystąpić do prawidłowego leczenia, aby uniknąć ciężkich następstw w razie rozwoju choroby. W tym celu należy chorego skierować do okręgowej poradni przeciwgruźliczej, gdzie zostanie objęty opieką.

LECZENIE

Leczenie gruźlicy kostno-stawowej polega w pierwszym rzędzie na podniesieniu odporności całego organizmu. Najlepiej uzyskać to można metodą sanatoryjno-ortopedyczną, której autorem w Związku Radzieckim jest T. P. Krasnobajew. Metoda ta jest oparta na następujących przesłankach. Gruźlica kostno-stawowa jest schorzeniem d ł u g o t r w a ł y m. Leczenie jej wymaga okresu 3—4 i więcej lat. Nie ma zatem żadnej konieczności odrywania chorego od rodziny na tak długi czas. Wszędzie jest dosyć czystego powietrza, jakim chory powinien oddychać zimą i latem oraz słońca, tego znakomitego czynnika zwiększającego odporność organizmu w walce z gruźlicą. Poza tym Krasnobajew zaleca zwracanie szczególnej uwagi na s a m o-

poczucie chorego dziecka. I dlatego nie wolno odrywać chorego od normalnego aktywnego życia. Zajęcia szkolne i opieka wychowawcza odgrywają nie mniejszą rolę niż kąpiele słoneczne i powietrzne. Należy tak ułożyć tryb życia i tak wypełnić czas, aby dzień się nie dłużył i samopoczucie chorego dziecka były jak najlepsze..

Obok tego należy przeprowadzać miejscowe leczenie ortopedyczne. A więc przede wszystkim należy ułożyć dziecko w łóżku na twardym materacu. Później, zależnie od stopnia rozwoju procesu stosuje się zabiegi, jak: łóżeczko gipsowe, wyciąg, opatrunek gipsowy. Te proste, ale długie, dokładne i żmudne zabiegi dają w końcu wyniki jak najlepsze. Choremu wolno wstawać dopiero po uspokojeniu się sprawy zapalnej. Ale jeszcze długie lata trzeba chorego obserwować, aby się przekonać o rzeczywistym wyzdrowieniu.

Chory nie może wykonywać nadmiernych wysiłków, pracować ciężko, winien oszczędzać swój schorzały narząd, wybrać odpowiedni zawód.

Nie wszyscy chorzy muszą być leczeni w warunkach sanatoryjnych, większość może się leczyć w domu, pozostając pod obserwacją przychodni przeciwgruźliczej. W tym celu pielęgniarka odwiedza regularnie chorego, pomaga rodzicom w przeprowadzeniu zobiegów ortopedycznych, jak również kontroluje tryb życia dziecka.

Długoletnie doświadczenie dowiodło, że leczenie w domowych warunkach może dać wyniki znakomite, w niczym nie ustępujące wynikom leczenia sanatoryjnego. W wieku dziecięcym interwencja chirurgiczna (usunięcie ogniska gruźliczego) nie jest pożądane. Należy przede wszystkim leczyć chorobę w całym organizmie i to nie za pomocą lekarstw, które są zawodne, ani drogą chirurgii, która może osłabić chory narząd, lecz wyżej podaną metodą sanatoryjną lub domowo- ortopedyczną aż do uspokojenia sprawy chorobowej. Metoda taka jest długa, żmudna, wymaga ciągłości, cierpliwości i wiary w poprawę, ale w obecnej chwili daje najlepsze rezultaty.

Tłum. L. Z.

A. M. ŁUNKIEWICZ

Czy gruźlica jest uleczalna?

DAWNIEJ uważano gruźlicę za chorobę nieuleczalną i na ludzi, którzy na nią zachorowali patrzono powszechnie jak na skazańców. Zdobycze wiedzy najnowszych czasów, ściślej mówiąc ostatnich dziesięcioleci przekonują nas jednak jak dalece dawne poglądy były niesłuszne.

Gruźlica jest uleczalna. Wskazują na to wyniki sekcji zwłok ludzi, którzy kiedyś niewątpliwie na gruźlicę chorowali, zostali uleczeni i zmarli wreszcie wskutek całkiem innej choroby. Anatomia patologiczna spostrzega w tych przypadkach jedynie stare blizny po przebytej i zaleczonej gruźlicy. Podobne blizny widzi się również często na sekcjach zwłok ludzi, u których za życia nikt nawet nie podejrzewał gruźlicy płuc.

ZAKAŻENIE

Wiadomo jest powszechnie, że laseczniki Kocha wnikają do ustroju bardzo wielu ludzi powodując tym samym zakażenie, nie każde jednak zakażenie daje wyraźne objawy kliniczne, któreby pozwalały twierdzić, że dany osobnik choruje na gruźlicę, względnie umiera z powodu tej choroby. Nie ulega zatym wątpliwości, że znaczna część ludzi zakażonych (a więc obiektywnie „chorych") nie zdaje sobie zupełnie sprawy ze swojego schorzenia, które w niczym nie zakłóca ich dobrego stanu zdrowia i również bez żadnych zewnętrznych manifestacji po pewnym czasie wygasa. Oto przykład gruźlicy wyleczonej.

WCZESNE WYKRYCIE CHOROBY

Gruźlica w swych najbardziej rozpowszechnionych postaciach jest praktycznie uleczalna, pod warunkiem, że ją wczas rozpoznano i od razu rozpoczęto właściwe leczenie. Ciepłota szybko powraca do normy, zanikają objawy zatrucia jadami gruźlicznymi (nocne poty, osłabienie, utrata łaknienia, bezsenność itp.); kaszel ustępuje, w plwocinie zmniejsza się stopniowo liczba prątków Kocha, aż do całkowitego zniknięcia; ogniska w płucach zabliźniają się. Pacjent odzyskuje całkowitą zdolność do pracy.

Naciek wczesny, nawet ze świeżą jamą ,jest najłatwiej dającą się uleczyć formą gruźlicy, jednak i postaci ogniskowe goją się podobnie. Warunkiem bezwzględnie koniecznym do całkowitego wyleczenia gruźlicy (poza jak najwcześniejszym zwróceniem się do lekarza-specjalisty chorób płucnych) jest absolutnie ścisłe podporządkowanie się zaleceniom lekarza, dotyczące rodzaju kuracji i trybu życia.

Pomyślne wyniki leczenia gruźlicy zależą przede wszystkim od wczesnego wykrycia choroby. Z tego względu społeczeństwo powinno poznać początkowe objawy tego schorzenia, aby chorzy nie zwlekali ze zgłoszeniem się do przychodni przeciwgruźliczej we właściwym czasie.

OBJAWY POCZĄTKOWE

Łatwe męczenie się, osłabienie, bladość twarzy, brak apetytu, spadek wagi, stan rozdrażnienia, suche, krótkie pokasływanie, stałe nieznacz-

ne podwyższenie ciepłoty (37.2 — 37,4° C), pocenie się po nocach, częste tzw. „grypy“ — oto pierwsze oznaki, które każą przypuszczać, iż dany osobnik zachorował na gruźlicę.

Trzeba tu zaznaczyć, że kaszel i odkrztuszanie plwociny przypisuje się zazwyczaj paleniu tytoniu, zaś prędkie męczenie się — przepracowaniu. Z tego względu często odwleka się wizytę u lekarza, a tym samym opóźnia się rozpoznanie właściwej choroby.

Średni personel służby zdrowia musi się dobrze orientować w wymienionych początkowych objawach gruźlicy, aby mógł w każdym przypadku bezzwłocznie kierować podejrzanych do lekarza. Szczególnie doniosłe znaczenie ma to dla kobiet we wczesnym okresie ciąży. Można wtedy, np. stosując odmę, całkowicie wstrzymać rozwój procesu gruźliczego i po szczęśliwym zakończeniu ciąży umożliwić pacjentce urodzenie zdrowego dziecka, a następnie zaś całkowicie chorobę wyleczyć.

Chorzy nie powinni nigdy czekać, aż ciepłota znacznie się podwyższy, kaszel zaś nasili. Koniecznie, przy pierwszych, nieznacznych jeszcze objawach trzeba się natychmiast zwrócić do lekarza, celem poddania się wszechstronnemu badaniu (rentgen!).

ŚCIŚLE WEDŁUG WSKAZAŃ

Nie wolno dopuszczać do tego, by chory, u którego stwierdzono gruźlicę, wpadł w rozpacz przerażony tym rozpoznaniem i próbował leczyć się „domowymi“ sposobami, jak zioła, różne mieszaniny tłuszczu, kakao, cukru, albo... psie sadło i inne rozreklamowane „środki domowe“. Wszystkie te środki w istocie same przez się nieszkodliwe stają się szkodliwe dlatego, że chory stosując je psuje sobie żołądek, traci bezcenny czas, w ciągu którego proces gruźliczy może posunąć się zbyt daleko.

Dla osiągnięcia pomyślnego wyniku kuracji niezmiernie ważny jest regularny i rozumny tryb życia, a więc ścisłe wypełnianie wskazówek i rad lekarza.

Chory, który nie stroni od świeżego powietrza, dba o czystość mieszkania i o higienę swego ciała, odżywia się regularnie i dobrze, rezygnuje ze złych przyzwyczajeń, zachowuje konieczny spokój, szczególnie w pierwszych miesiącach kuracji, gdy zaś zacznie pracować liczy się ze swoimi siłami i spędza racjonalnie godziny odpoczynku — taki chory ma wszystkie dane po temu, żeby się całkowicie wyleczyć.

Nieraz do wyleczenia gruźlicy wystarcza już sam tryb życia uwzględniający wymienione powyżej zasady higieniczno - dietetyczne. W przypadku zupełnie świeżego nacieku, względnie na początku tworzenia się pojedyńczych ognisk — położenie się do łóżka, absolutny spokój, spędzenie kilku miesięcy na świeżym powietrzu oraz dobre odżywianie powodują, że naciek i ogniska wsysają się całkowicie i, albo nie pozostawiają żadnych widocznych śladów w płucach, albo zabliźniają się przybierając postać pasemek włóknisto-bliznowatych lub zwapniałych ognisk.

ODMA SZTUCZNA

W razie stwierdzenia jamy gruźliczej w płucach, lekarz zaleca zazwyczaj jakiś zabieg chirurgiczny, w pierwszym rzędzie sztuczną odmę, która b. często prowadzi do wyleczenia. Celem tego zabiegu jest unieruchomienie chorego płuca, aby ułatwić proces zabliźniania się ognisk i uciśniętych jam gruźliczych. Bez względu na rodzaj zabiegu (odma, torakoplastyka lub jakiś inny), jako warunek konieczny dla całkowitego uleczenia obowiązuje zawsze higieniczno-dietetyczny tryb życia. Nie przestrzeganie tego warunku sprzyja występowaniu powikłań zabiegów chirurgicznych i powoduje odnawianie się procesu gruźliczego, a tym samym oczywiście kuracja przeciąga się i zmniejsza się możliwość całkowitego wyleczenia.

Przy zaniedbanych procesach gruźliczych bardzo często zakładanie odmy napotyka na wielkie trudności, nieraz w ogóle nie daje się założyć na skutek zrostów opłucnej. Rzecz oczywista, że zaniedbanie wczesnego leczenia przysparza liczbę powikłań, które utrudniają stosowanie odmy, natomiast, jeśli kurację rozpocznie się na początku choroby, odsetek wyników pomyślnych jest znacznie większy. Według danych klinicznych procent wyleczenia gruźlicy płuc dzięki stosowaniu odmy wzrósł z 23 (w roku 1921) do 64 (lata 1933—1946).

Przy stosowaniu odmy zdarza się często, że pomimo wyraźnej poprawy stanu ogólnego jama w płucach nie zasklepia się na skutek zrostów. Wtedy trzeba uzupełnić odmę zabiegiem przepalania zrostów. Dzięki nowoczesnym metodom, które udoskonaliły sposób przepalania zrostów, znacznie wzrosły możliwości zasklepiania się jam gruźliczych w uciśniętych odmą płucach, a tym samym wzrosły możliwości skutecznego leczenia gruźlicy. Według ostatnich danych, przypadki wczesnych nacieków u młodzieży leczonej odmą poprzedzoną przepalaniem zrostów, kończą sie prawie zawsze wyleczeniem. W przypadkach z ograniczonymi ogniskami wyzdrowienie następuje rzadziej, zaś w przypadkach zaniedbanych (włóknisto-jamistych) — jeszcze rzadziej.

ZABIEGI INNE

Gdy jama gruźlicza pomimo stosowania odmy nie zasklepia się, wtedy trzeba się uciec do torakoplastyki. Według danych oddziałów chirurgicznych w różnych szpitalach gruźliczych, więcej niż połowa chorych, którym zastosowano torakoplastykę wyzdrowiała.

Dodatnie wyniki leczenia osiągnąć można również stosowaniem odmy pozaopłucnej w przypadkach całkowitego zarośnięcia jamy opłucnej, gdy założenie zwykłej odmy nie jest możliwe. W tych przypadkach wpompowuje się powietrze nie do jamy opłucnej, lecz do nowoutworzonej — przy pomocy zabiegu chirurgicznego — przestrzeni pomiędzy ścianką klatki piersiowej, a odsuniętymi od niej płucami.

Na podstawie wieloletnich obserwacji wyników leczenia odmą i innymi zabiegami chirurgicznymi (początkowych postaci gruźlicy) udało się w wielu wypadkach ustalić niewątpliwe wyzdrowienie. W tych przypadkach na zdjęciach rentgenologicznych, w miejscu dawnych jam i ognisk gruźliczych widzimy albo zupełnie czyste pola płucne, albo trwałe blizny, które nie zmieniły się wcale w ciągu 10-letniej, a nawet dłuższej obserwacji. Chorzy po wyzdrowieniu odzyskali całkowitą zdolność do pracy.

WNIOSKI

1. Większość postaci gruźlicy płuc w okresie początkowym daje się uleczyć, pod warunkiem, że choroba została wcześnie rozpoznana i od razu rozpoczęto odpowiednią kurację. Aby ułatwić wczesne rozpoznanie gruźlicy płuc, ludność powinna:

   a) znać pierwsze objawy tej choroby,

   b) zwracać się niezwłocznie do lekarza specjalisty chorób płucnych.

2. Gdy już rozpoznanie zostanie ustalone, chory nie tracąc czasu na „domowe leczenie" powinien natychmiast rozpocząć kurację pod kierunkiem lekarza-specjalisty.

3. Wyleczenie gruźlicy płuc zależy nie tylko od wczesnego rozpoznania procesu gruźliczego w płucach i zastosowania odpowiedniej kuracji, lecz także od zachowania właściwego higieniczno-dietetycznego trybu życia oraz od rozumnego i cierpliwego ustosunkowania się pacjenta do dość przewlekłego leczenia.

4. Sztuczna odma daje najwięcej dodatnich wyników w przypadkach z zaciekami wczesnymi, względnie ze świeżymi jamami. Odsetek wyzdrowień jest znacznie większy, jeżeli dodatkowo stosuje się takie zabiegi chirurgiczne jak np. przepalanie zrostów itp.

Z całą pewnością można twierdzić, że procent całkowitego wyleczenia gruźlicy będzie wzrastać wraz z dalszym polepszaniem się warunków życia i pracy ludności, oraz z postępami medycyny.

oprac. W. L.

Wszechzwiązkowy zjazd kierowników szkół pielęgniarstwa

W roku bieżącym odbył się w Moskwie w Ministerstwie Zdrowia pierwszy wszechzwiązkowy zjazd kierowników szkół pielęgniarstwa, poświęcony zagadnieniom teoretycznego i praktycznego szkolenia pielęgniarek. W zjeździe wzięli udział przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia ZSRR i republik związkowych, dyrektorzy szkół pielęgniarstwa, naczelni lekarze i przełożone kilku większych szpitali oraz przedstawiciele prasy zawodowej, w ogólnej liczbie około 300 osób.

Na zjeździe omówiono 3 zagadnienia:

I. obecny stan i cele szkolenia pielęgniarek,

II. praktyczne szkolenie uczennic w ogólnych i pediatrycznych szkołach pielęgniarstwa,

III. cel i metody ideowo-politycznego i fizycznego wychowania uczennic, podwyższenie poziomu szkolenia i specjalizacja pielęgniarek.

PIERWSZY referat dał krótki rys historyczny szkolenia pielęgniarek w Rosji carskiej i Związku Radzieckim, przeanalizował pracę istniejących obecnie szkół pielęgniarstwa w ZSRR oraz nakreślił zadania stojące przed szkołami pielęgniarstwa w świetle potrzeb wysuwanych przez partię. Omówił również zagadnienia wychowania ideowo-politycznego oraz praktycznego szkolenia uczennic szkół pielęgniarstwa, podkreślając, że dobre wyszkolenie praktyczne — to decydująca część szkolenia przyszłych pielęgniarek.

Ważną rolę pielęgniarek w dziedzinie ochrony zdrowia scharakteryzował ob. S o k o ł o w, naczelnik Wydz. Średnich Szkół Med. w Min. Zdrowia ZSRR, przytaczając wypowiedź znakomitego chirurga radzieckiego dr. Oppela: „niesłusznie ktoś powiedział, że pielęgniarka to prawa ręka chirurga, dobra pielęgniarka — to obie ręce chirurga". Oceniając doświadczenie pediatrycznych szkół pielęgniarstwa, które niedawno przeszły na 3-letni okres nauczania, referent uważa za słuszne postawienie przed zebranymi zagadnienia o przedłużenie okresu nauki w ogólnych szkołach pielęgniarstwa do lat 3 w celu lepszego przygotowania pielęgniarek w związku ze zwiększonymi wymaganiami, dotyczącymi poziomu ich ogólnego rozwoju, a także rozszerzenia teoretycznych i praktycznych wiadomości z zakresu medycyny.

Koreferent dr. Ikonnikowa wymaga od pielęgniarki, aby:

„posiadała dużo wiadomości teoretycznych, ładny charakter pisma, aby była skromna, opanowana, spokojna, małomówna, delikatna, łagodna, uprzejma, czujna, spostrzegawcza, skrupulatna, porządna, uczciwa, nie ukrywająca przed lekarzem swych pomyłek i umiejąca nawiązywać właściwy kontakt z rodzinami chorych".

Kładąc nacisk na dobór kandydatek do szkół pielęgniarstwa, referentka uważa za konieczne nawiązanie kontaktu już z uczennicami średnich szkół ogólno-kształcących, nie ukrywając przed nimi trudności, jakie napotkają w zawodzie pielęgniarskim, jednocześnie wyrabiając w nich miłość do chorych i zachęcając do

ofiarnej pracy w walce o życie człowieka. Uważając za jedno z niedociągnięć obecnych szkół pielęgniarstwa, to że szkolą uczennice w oderwaniu od szpitala, dr. Ikonnikowa uważa, że szkoły powinny istnieć przy szpitalach, przy czym przyszłe pielęgniarki powinny przejść kurs salowych, zaś praktyczne zajęcia przechodzić pod kierunkiem odpowiednio wyszkolonych instruktorek. Prelegentka uważa za błędne twierdzenie, omawiane w programach zajęć praktycznych, że dobrą technikę najlepiej zdobywa się przez ćwiczenia praktyczne w klasie (sali demonstracyjnej). Referat swój kończy tymi słowy: „mniej pokazów, a więcej oswajać uczennice z życiem i nie obawiać się ich samodzielności".

Ob. Linkowa w swym koreferacie mówiąc o rekrutacji kandydatek do szkół pielęgniarstwa, podnosi zagadnienie „zawodowego doboru", a następnie podkreśla, że w szkołach pielęgniarstwa w wychowaniu uczennic za mało zwraca się uwagi na podawanie z historii przykładów patriotyzmu i wysokiego poziomu moralnego pielęgniarek rosyjskich i radzieckich i przytacza kilka przykładów z czasów obrony Sewastopola, z okresu Rewolucji Październikowej, Wielkiej Wojny Ojczyźnianej, a także z okresu pokoju.

Ob. Leszczenko w referacie swym przeprowadziła analizę przygotowania i moralnego poziomu absolwentek szkół pielęgniarstwa okresu wojennego, a zwłaszcza rocznika 1949, zaznaczając, że nawet u tych ostatnich zauważa się duże braki w wykształceniu teoretycznym, małą znajomość z zakresu oświaty sanitarnej i nie zawsze właściwe podejście pielęgniarek do rodziny chorego. Referentka wypowiada się za przejściem na 3-letni okres nauczania, i uważa, że po tym okresie i dobrze zorganizowanej praktyki — szkoły dostarczą dobrze wykwalifikowane pielęgniarki. Podkreśla przy tym ważną rolę w zakresie szkolenia, jaką spełniają Rady Pielęgniarek i przytacza przykłady pracy Rady Pielęgniarek w Szpitalu Dziecięcym im. Fiłatowa w Moskwie.

Ob. Aljewa poddaje krytycznej analizie obecne szkolenie pielęgniarek i wylicza braki, które możnaby usunąć przedłużając okres nauczania do lat 3, biorąc za podstawę zatwierdzony w r. 1949 program 3-letnich szkół pediatrycznych. Połączenie obu typów szkół tj. ogólnych i pediatrycznych pozwoli na należyte wykorzystanie dodatkowego roku.

W dyskusji nad referatami wszyscy mówcy wypowiedzieli się za przejściem na 3-letni okres nauczania w szkołach pielęgniarstwa i połączeniem obu typów szkół. Przy rozważaniu organizacji 3-letnich szkół dyskutanci różnili się w swych poglądach: jedni byli za przyjęciem organizacji szkół pediatrycznych, inni wreszcie za wypracowaniem całkiem nowego programu. Przedstawiciele szkół pediatrycznych wypowiadali się za pozostawieniem szkół tego typu. Wielu z obecnych wysuwało żądanie, aby pielęgniarki, kończące 3-letnie szkoły z odznaczeniem, miały prawo wstępowania na wyższe uczelnie.

REFERATY dotyczące drugiego zagadnienia, wygłoszone przez dyrektorów szkół pielęgniarstwa dotyczyły praktycznego szkolenia uczennic w szpitalach różnego typu, opisując jak się odbywa praktyka, nie podawały jednak zasad praktycznej organizacji.

Dyskusja i referaty wykazały, że w niektórych szkołach zajęcia praktyczne odbywają się bez przerwy, w innych zaś na zmianę z okresami wykładów teoretycznych, w innych wreszcie istnieje system mieszany. Wszystkie te systemy mają swych gorących zwolenników i przeciwników. Charakter, a nawet styl przemówień wykazały, jak żywo interesują pracowników tych instytucji zagadnienia organizacji szkół pielęgniarstwa.

Przewodniczący Zjazdu ob. Sokołow wyraził pogląd, że system nieprzerywanej praktyki szpitalnej uważać należy jako zasadę w organizacji szkół pielęgniarstwa, jednak mając na uwadze różne warunki istniejące w szkołach, można od tej zasady odstępować.

REFERATY odnoszące się do trzeciego punktu dotyczyły następujących zagadnień:

1. Wychowanie ideowo-polityczne w szkołach pielęgniarstwa. Referaty na ten temat wygłosiło kilku lekarzy, dyrektorów szkół pielęgniarstwa i przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia Kazachskiej Socjalistycznej Republiki. Referenci dali jasny obraz wychowania ideowo-politycznego uczennic szkół pielęgniarstwa.

2. Zagadnienie wychowania fizycznego. Płk Żemczużyn w szeroko i wyczerpująco ujętym referacie naświetlił cele i zadania wychowania fizycznego i przedstawił obowiązujące formy pracy, określił obowiązki i odpowiedzialność dyrektorów szkół pielęgniarstwa na tym odcinku, jak również rady pedagogicznej i wykładowców kultury fizycznej; omówił zagadnienia kontroli lekarskiej i sprawozdawczości, następnie przypomniał istniejące rozporządzenia i przepisy, dotyczące tych zagadnień i omówił szereg podręczników na temat wychowania fizycznego.

3. Podnoszenie kwalifikacji i specjalizacji pielęgniarek. Wygłoszono 2 referaty, które omawiały problemy pielęgniarek, które nie posiadają pełnego wyszkolenia lub posiadają długą praktykę bez wyszkolenia teoretycznego. Wskazano konkretne sposoby uzupełnienia kwalifikacji tej grupy pielęgniarek i wydania im dyplomów. Dyskusja była ożywiona i wysunęła projekt zorganizowania stałych ośrodków doszkalania.

Na zjeździe zorganizowano wystawę z 500 eksponatami, w której wzięło udział 30 szkół pielęgniarstwa. Specjalna komisja przyznała szereg nagród.

NOWY SĄCZ

W dniach 20—23 września rb. w Państwowej Szkole Pielęgniarstwa w Nowym Sączu odbył się pierwszy egzamin dyplomowy.

Atmosfera, jak zwykle w dniach egzaminu, naładowana oczekiwaniem. Na korytarzach pełno białych sylwetek. Egzaminatorzy-wykładowcy z pełną życzliwością i zrozumieniem zadają pytania. Padające odpowiedzi dają obraz przygotowania uczennic do ich jutrzejszego zawodu i do pracy społecznej. Z nauki o Polsce i Świecie Współczesnym — noty wyłącznie dobre i bardzo dobre.

Po egzaminie złożonym przez wszystkie absolwentki z wynikiem pomyślnym odbyło się uroczyste wręczenie dyplomów w obecności zaproszonych gości i licznie przybyłych rodzin absolwentek, po czym wszyscy zebrani udali się na wspólny podwieczorek urozmaicony regionalnym występem, pieśniami i tańcami w opracowaniu i wykonaniu uczennic.

Przebieg całej uroczystości nacechowany był wzajemną serdecznością.

Dyplomy otrzymało 36 absolwentek.



Absolwentki na mocy skierowania Komisji Przydziału Pracy rozjadą się tam, gdzie najbardziej potrzebna jest ich pomoc. 36 nowych pracownic włączy się w nurt budowy socjalistycznej Służby Zdrowia.

Dyplomy otrzymały:

Broniszewska Maria
Chowaniec Ludwina
Drypa Aleksandra
Dudek Janina
Dutka Stanisława
Fecko Helena
Gawlik Danuta
Górak Gabriela
Kawa Zofia
Knaś Irena
Klementowicz Zofia
Król Stanisława
Pachowa Franciszka
Paczyńska Barbara
Perczowa Wilhelmina
Piekarz Genowefa
Pierzchała Aldona
Podsadecka Anna
Poręba Janina
Potaczek Józefa
Raczoń Cecylia
Regucka Emilia
Sikorska Maria
Simon Joanna
Kostrzewa Izabella
Kundys Maria
Kwarta Henryka
Łuczyńska Romualda
Misztal Anna
Osiecka Janina
Sulicka Maria
Szczerba Józefa
Świderska Janina
Wiatr Janina
Wócik Władysława
Wszołek Leokadia

ŁÓDŹ

W dn. 28. X. 1950 r. w Państwowej Szkole Pielęgniarstwa Nr 2 w Łodzi, odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów absolwentkom IV kursu. Na uroczystość przybyli przedstawiciele Prezydium Rady Narodowej, Komitetu Wojewódzkiego PZPR, Prezydenta m. Łodzi, Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia i wiele zaproszonych gości oraz rodzin absolwentek.

Dyplomy otrzymały:

Balzam Barbara
Bednarek Helena
Ciempiel Aleksandra
Chojnacka Anna
Czajczyńska Teresa z odznaczeniem
Dobrzyńska Stanisława
Dudkiewicz Helena
Dutkiewicz Zofia
Feliksiak Halina
Fibich Anna
Hebda Helena
Jóźwiak Anna
Kamoda Barbara
Kazimierska Marcjanna
Kocmirowska Lidia
Kowalczyk Teresa
Kuligowska Zofia
Lewandowska Jadwiga
Lewandowska Krystyna
Liżewska Helena
Łoszakiewicz Czesława z odznaczeniem
Magdziak Maria
Majkowska Jadwiga
Michalak Sabina
Michalska Wanda
Olczak Sylwina
Pieczyńska Halina z odznaczeniem
Pietrasik Henryka z odznaczeniem
Pogorzelczyk Zofia
Sielczak Eliza
Suska Barbara
Włodarczyk Natalia
Wolska Wiesława z odznaczeniem
Zajmałowska Irena
Ziółkowska Anna



TORUŃ

W dniu 12.X 50 r. w Ośrodku Szkolenia Młodszych Pielęgniarek PCK odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów 48 absolwentkom.



Poniżej zamieszczamy listę absolwentek, które ukończyły kurs z wynikiem celującym i bardzo dobrym:

Barylska Kazimiera	**Szumacher Lidia**
Górska Helena	**Szwajkos Stefania**
Marunowska Anna	**Urbańska Urszula**
Oliwkowska Urszula	**Wesołowska Estera**
Piasecka Maria	**Zieleniewska Marta**
Piasecka Stanisława	**Zielkowska Janina**
Stasiak Monika	



Uwaga Czytelnicy!

Nadsyłajcie reklamacje w wypadku nieotrzymania zapłaconych z góry numerów naszego pisma.

Redakcja

KRAKOW

W dniu 16. X. br. odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów 40 absolwentom Kursu Młodszych Pielęgniarek PCK.



Poniżej zamieszczamy listę absolwentów, którzy ukończyli kurs z odznaczeniem:

Cesarz Helena	**Rams Ryszard**
Domagała Leokadia	**Smołucha Amelia**
Janicka Kazimiera	**Szyller Janina**
Kaławianka Hanna	**Urban Wanda**
Klita Krystyna	**Zając Barbara**
Koch Natalia	**Zając Maria**
Lisek Weronika	

PRZEMYŚL

W dniu 14.X. 50 w Ośrodku Szkoleniowym Młodszych Pielęgniarek PCK, odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów 47 absolwentkom.



Poniżej zamieszczamy listę absolwentek, które ukończyły kurs z odznaczeniem:

Bodnar Lidia	**Dykas Józefa**
Bylok Bronisława	**Dykówna Stanisława**
Cybulak Zofia	**Kochen Emilia**
Cicha Maria	**Leśniak Urszula**
Cyganek Agata	**Pawlonko Janina**

CZĘSTOCHOWA

Na uroczystość otwarcia Liceum Felczerskiego w Częstochowie uczeń tego Liceum, Ryszard Góra, wygłosił w imieniu organizacji ZMP przemówienie, które w skrócie zamieszczamy poniżej.

Zabierając głos w imieniu ZMP, pod którego sztandarem kroczy cała młodzież postępowa Polski, mam zaszczyt omówić tu jego pracę i cele. Ucząc się w warunkach, jakie nam stworzyła Polska Ludowa, w pierwszym tego typu Liceum Felczerskim w Częstochowie, jesteśmy szczęśliwi, że możemy zdobywać wiedzę, a przez to służyć w przyszłości Polsce Socjalistycznej — Polsce szczęścia i dostatku. Napewno nie jeden i nie jedna z pośród was w ustroju krzywdy i niesprawiedliwości, jaki panował przed 39 rokiem, nie posiadłby możliwości uczenia się. Musiałby głodny i obdarty pracować przy pługu, w kopalni, czy hucie na obcych, na wrogów naszej klasy.

Dziś jest inaczej. Mamy bezpłatną szkołę i całkowite utrzymanie, które pomimo istniejących trudności technicznych, jest bardzo dobre; mamy stypendia, mamy kino i teatr bezpłatnie. Oto jeden z odcinków osiągnięć klasy robotniczej, o które kiedyś walczyły i ginęły tysiące polskich patriotów-rewolucjonistów.

Młodzież Liceum Felczerskiego w Częstochowie docenia warunki nauki, jakie stworzyła im ludowa władza, to też uczy się pilnie, by w przyszłości zapełnić luki w kadrach socjalistycznej służby zdrowia. Swą nienaganną postawą w pracy i życiu będziemy wraz z organizacją ZMP walczyć o pokój i do brobyt naszej Ojczyzny.

Naszym drogowskazem w pracy niechaj będą tradycje KZM, Komsomołu naszego przyjaciela ze Związku Radzieckiego.

Patrząc na zmarnowane siły młodego pokolenia doby kapitalizmu będziemy wszczepiać w młodzież miłość do pracy w Planie 6-letnim. Staniemy w pierwszej linii walki o ten Plan i zwyciężymy.

Jestem pewien, że zdamy egzamin dojrzałości w szkole i w przyszłości, jako felczerzy, będziemy nieść pomoc sanitarną w spółdzielniach produkcyjnych i w zakładach pracy.

By nasze pragnienia wcielić w czyn, od pierwszej chwili zabraliśmy się do pracy, staramy się być dobrymi i uczciwymi uczniami, dla słabszych organizujemy pomoc koleżeńską, pomagamy dyrekcji w wychowaniu nas na świadomych ludzi postępu przez pogłębienie szkolenia politycznego.

Kiedy ludzie pracy w Nowej Hucie biją rekordy, kiedy nasi ojcowie w kopalniach wydobywają ponad 500% normy — my zdobywamy celujące stopnie z przedmiotów wykładanych i z pracy organizacyjno-społecznej.

To jest nasz w k ł a d w przedterminowe wykonanie Planu 6-letniego.

Niech żyje ZMP, awangarda pracy i armia pokoju.

Do uczennic szkół i kursów pielęgniarskich!

Koleżanki, Radakcja naszego miesięcznika zdecydowała otworzyć stałą rubrykę pod nazwą „Z NOTATNIKA UCZENNICY". W rubryce tej będziemy zamieszczać dobre prace uczennic szkół i kursów pielęgniarskich.

Prace te powinny dotyczyć pielęgnowania jakiegoś ciekawego przypadku chorobowego na oddziale szpitalnym. Powinny obrazować:

1) całość pielęgnowania danego chorego, tzn. całość postępowania z chorym aż do jego wyzdrowienia, bądź:

2) specjalnie ciekawy odcinek pielęgnowania chorego.

Tak np.: dotyczy punktu 1-go:

pielęgnowanie po krwotoku przy wrzodzie żołądka aż do wypisania chorego ze szpitala;

dotyczy punktu 2-go.

pielęgnowanie po operacji serca lub zapaleniu otrzewnej itp.

Wybrane prace uczennic będziemy kolejno zamieszczać w wyżej wymienionej rubryce.

Prace winny być napisane na maszynie, bądź ręcznie wyraźnym charakterem pisma oraz winny posiadać zatwierdzające podpisy lekarza i instruktorki szkolnej.

Objętość prac nie powinna przekraczać 2 stron maszynopisu.

Wydrukowane prace będą przez Redakcję honorowane.

KRONIKA

ZJAZD AKTYWU SŁUŻBY ZDROWIA

W dniach 25 i 26 listopada br. odbył się Zjazd aktywu służby zdrowia zorganizowany przez Ministerstwo Zdrowia.

Vice-minister Zdrowia Obywatel Dr Jerzy Sztachelski wygłosił wyczerpujący referat o zadaniach służby zdrowia w Planie 6-letnim. Pełny tekst przemówienia znajdą czytelnicy w Nr 49 tygodnika „Służba Zdrowia".

Po referacie wywiązała się dyskusja, w której delegaci poruszyli szereg zagadnień nurtujących teren.

Przewodniczący Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, dr A. Fiderkiewicz w swym przemówieniu podkreślił, że wzmożenie aktywności wszystkich pracowników służby zdrowia jest konieczne dla realizacji Planu 6-letniego, za którego wykonanie Związek jest odpowiedzialny w równym stopniu jak i Ministerstwo Zdrowia. Braki w wyposażeniu, lokalach, czy też w ilości kadr nie mogą być przeszkodą do wypełnienia naszych zadań. Budujemy w trudzie nasze życie gospodarcze w myśl nauk Marksa, Engelsa, Lenina i Stalina. W okresie Planu 6-letniego przebudujemy całą strukturę gospodarczą naszego kraju, kraj rolniczy przemieni się na kraj przemysłowy, zmiany te będą gwarancją poprawy bytu mas pracujących.

Aby wykonać Plan musimy dbać o zdrowie człowieka pracy i na to powinny być kierowane wszystkie nasze wysiłki. Wynika stąd paląca potrzeba i konieczność przeszkolenia większej ilości kadr, a więc lekarzy, felczerów, pielęgniarek i młodszych pielęgniarek. We wszystkich uczelniach daje się zauważyć zbyt duży odsiew studentów dochodzący nieraz do 20—30%. Ttrzeba z tym skończyć, gdyż w wielu wypadkach odrzuca się niesłusznie wartościowe jednostki. A można by tego uniknąć przez polepszenie warunków uczącej się młodzieży.

Następnie dr Fiderkiewicz omawia zagadnienie współzawodnictwa pracy, stwierdzając, że mimo pewło wielką rolę w usprawnieniu lecznictwa. Obecnie nych niedociągnięć dało ono dobre rezultaty i odegranależy przejść na nowe, konkretne formy współzawodnictwa i za pomocą narad wytwórczych wynaleźć drogę w celu podniesienia poziomu zakładu pracy, zwracając uwagę na jakość pracy, oszczędność i styl pracy.

Mówca porusza zagadnienie szkolenia ideologiczno-politycznego.

„Tylko świadomy pracownik może wykonać należycie swą pracę, a stosowanie krytyki i samokrytyki poważnie ją usprawni", — mówi dr Fiderkiewicz.

„Dzisiejsza narada powinna być zwrotnym punktem w działalności służby zdrowia, a współpraca Ministerstwa Zdrowia i Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia ułatwi nam wykonanie Planu 6-letniego. Niedocenianie czynnika społecznego jest sprzeczne z ideologią socjalizmu. Tylko przez bliski kontakt z masami potrafimy zwalczyć wszystkie przeszkody".

Dr Fiderkiewicz kończy swe przemówienie, zwracając się do zebranych z prośbą o współpracę.

W podsumowaniu dyskusji viceminister, ob. dr Sztachelski dziękuje zebranym za wypowiedzi i poruszenie tak aktualnych zagadnień, które będą przez Ministerstwo wzięte pod uwagę i rozpracowane oraz podkreśla konieczną współpracę ze Związkiem Zawodowym Pracowników Służby Zdrowia dla pełnej realizacji Planu 6-letniego.

W czasie zjazdu odbyła się uroczystość dekorowania wybitnych pracowników służby zdrowia odznaką „Za wzorową pracę w służbie zdrowia".

Między innymi odznaczeni zostali: kol. Kośmider Halina, przełożona Lecznicy Min. Zdrowia w Warszawie, kol. Adela Giergielewiczowa, Wojewódzka położna na woj. Szczecińskie.

W drugim dniu obrad przybyła na Zjazd delegatka na Kongres Pokoju ob. dr Li-Teh-Chuan, Minister Zdrowia Republiki Demokratycznej Chin Ludowych, która wygłosiła przemówienie o stanie zdrowotnym Chin i działalności Chińskiej służby zdrowia.

Zazd odbył się w kolumnowej sali konferencyjnej Min. Zdrowia przy ul. Miodowej, ostatnio z wielkim pietyzmem odnowionej wg pierwotnych wzorów pałacu.

J. S.

KONFERENCJA W MINISTERSTWIE ZDROWIA

W dniach 4, 5 i 6 grudnia 1950 r. odbyła się w Min. Zdrowia w Warszawie ogólnokrajowa konferencja dyrektorów i wicedyrektorów szkół średniego personelu lekarskiego tj. szkół pielęgniarstwa, położnych, felczerskich, techników dentystycznych, laborantek itp.

Celem konferencji było przedstawienie wyników pracy w pierwszym roku Planu 6-letniego oraz omówienie wytycznych pracy na rok 1951 ze zwróceniem specjalnej uwagi na wychowanie społeczno-polityczne uczniów i uczennic tych szkół.

Konferencję otworzył dyr. Z. *Branowitzer* i udzielił głosu ob. *Ćwik Tadeuszowi*, przedstawicielowi KC PZPR, który wygłosił referat na temat: „Sytuacja międzynarodowa a Polska". W referacie swym ob. Ćwik przedstawił wysiłki Związku Radzieckiego i bloku państw demokracji ludowych w walce o utrwalenie pokoju.

Ob. *H. Matysiak*, inspektorka szkół pielęgniarstwa Min. Zdrowia, w referacie „Wykonanie planu szkolenia kadr średniego personelu medycznego" przedstawiła zagadnienie kadr średniego personelu, podkreślając konieczność należytego szkolenia nie tylko zawodowego, ale również ideowo-politycznego. Obecnie mamy w Polsce 55 szkół, w tym 26 szkół pielęgniarstwa, 7 — dla położnych, 4 — dla laborantów, 1 — dla dietetyczek, 1 — dla masażystów, 4 — dla techników dentystycznych i 12 liceów felczerskich. Następnie kol. Matysiak omówiła problem „odsiewu" w szkołach, stwierdzając, że zbyt wysoki odsetek usuwanych uczennic, zwłaszcza w szkołach pielęgniarskich, jest obyczajem wstecznym. Aby wykonać plan, należy otoczyć troskliwą opieką uczniów i uczennice i pomagać im w pokonywaniu trudności, a nie mechanicznie usuwać ze szkoły i pozbawiać zawód często wartościowych jednostek. Jak doświadczenie wykazało, przyjmowanie do szkół — dwukrotnie w ciągu roku — posiada ujemne strony, gdyż kursy wiosenne są zazwyczaj mniej liczne, dlatego proponuje się przyjmowanie tylko raz w roku — jesienią. Pociągnie to konieczność rozwinięcia szerokiej propagandy, aby wszystkie miejsca w szkole były zajęte.

Dr Zygmunt Grynberg, dyrektor Departamentu Min. Zdrowia, w swym referacie omówił zagadnienie dostarczenia odpowiedniej liczby kadr średniego personelu medycznego do wzrastającej w olbrzymim tempie sieci zakładów leczniczych. W Planie 6-letnim przewiduje się wyszkolenie dużej liczby młodszych pielęgniarek, dla których instruktorkami powinny być wszystkie absolwentki 2-letnich szkół pielęgniarstwa. Felczerzy wyszkoleni w liceach będą powołani do pracy przede wszystkim w zakładach przemysłowych, kopalniach, hutach i PGR-ach.

W drugim dniu konferencji dyr. Z. *Branowitzer* wygłosił referat na temat wychowania społeczno-ideologicznego, które jest zagadnieniem wielkiej wagi, a dyrektorzy i wicedyrektorzy szkół ponoszą pełną odpowiedzialność za poziom ideologiczny uczniów i uczennic opuszczających szkoły po ich ukończeniu. W ciągu ostatnich lat daje się zauważyć stały wzrost w szkołach liczby uczniów pochodzących ze środowisk robotniczych i chłopskich, a przynależność młodzieży do ZMP w r. 1950 osiągnęła 56%.

Następnie dyr. Branowitzer podkreślił rolę i zadania wicedyrektorów szkół, których obowiązkiem jest przede wszystkim uświadamianie uczniów w zagadnieniach społecznych i politycznych oraz prostowanie błędów, jakie mogą się czasami wkraść do wykładów.

W trzecim dniu konferencji omówiono szczegółowo technikę sporządzania preliminarzy budżetowych szkół, a resztę dnia wypełniła dyskusja nad poruszonymi zagadnieniami.

Konferencja ta przyczyni się niewątpliwie do usprawnienia pracy w szkołach średniego personelu medycznego i do wychowania kadr w duchu socjalizmu.

S.

Z zagranicy

CZECHOSŁOWACJA

Donosi:

„Wśród średniego personelu służby zdrowia mamy dużą przewagę niekwalifikowanych i półkwalifikowanych sił różnego stopnia. Na tym odcinku odczuwa się najsilniej szkody, które wyrządziła niejednolita koncepcja szkolenia średniego personelu. Nowa, jednolita koncepcja pozwoli na usunięcie tego chaosu, musimy jednak liczyć się z tym, że jeszcze długo będziemy mieli przewagę sił niekwalifikowanych i częściowo kwalifikowanych. W niektórych kategoriach średniego personelu medycznego, jak np. u pielęgniarek i położnych, musimy starać się o kadrowe zespolenie szpitalnej, ambulatoryjnej i profilaktycznej opieki, podobnie jak u lekarzy, ponieważ zespolenie jest koniecznym warunkiem ujednolicenia służby zdrowia, do czego właśnie dążymy.

W okręgu Pragi wypada 1 pielęgniarka na 10,09 łóżek, wliczając pielęgniarki w szpitalach i ambulatoriach. Okręg praski jest więc z ogólnokrajowego punktu widzenia jednym z najgorzej zaopatrzonych okręgów. Również rozmieszczenie kadr pielęgniarskich w samym okręgu praskim nie jest równomierne, co należy w najbliższym czasie wyrównać. W zakładzie psychiatrycznym w Kosmonoszach przypada 1 pielęgniarka na 4 łóżka, w mielnickim szpitalu natomiast — 1 pielęgniarka na 19,6 łóżek. Zły stan znajdujemy na odcinku pielęgniarek starszych i naczelnych.

Problem obsadzenia kierowniczych placówek pielęgniarskich jest palący, ponieważ bez odpowiedzialnych kierowniczych kadr pielęgniarskich nie można organizować „instytucji sanitarnych", które mogą rozwijać się dobrze tylko przy dostatecznej ilości kierowniczych kadr pielęgniarskich".

W. J.

WĘGRY

Węgierski Czerwony Krzyż prowadzi liczne kursy pielęgniarek tzw. „ochotniczych".

Kursy te, krótkoterminowe, trwają 3 miesiące, obejmujące łącznie teorię i praktykę.

Na kursy uczęszczają młode dziewczęta ze środowisk chłopskich i robotniczych. W okresie ich nieobecności ich towarzyszki pracy w fabrykach, na stacjach traktorów, w spółdzielniach rolnych, na stacjach maszynowych zastępują je dzielnie, ażeby nie powstawały żadne luki w łańcuchu produkcji.

Za trzy miesiące wrócą pielęgniarki-ochotniczki do swych miejsc pracy, ażeby poza normalnie wykonywanymi czynnościami, czuwać nad zdrowiem swych towarzyszek pracy, by rozwinąć swą pracę profilaktyczną i ratowniczą w zakładzie, gdzie dotąd odczuwano brak takiej opieki.

Słuchaczki kursów studiują w Budapeszcie oraz na prowincji. Studiują z zapałem i wiarą w pożytek, jaki przyniosą klasie robotniczej Węgier, przyczyniając się do podniesienia jej stanu zdrowotnego.

A oto jak wygląda dzień na kursie „ochotniczek" W.C.K:

Po rannej pobudce — gimnastyka na świeżym po wietrzu. Następnie śniadanie. Ranek schodzi w szpitalu na ćwiczeniach i praktyce. Kursantki przechodzą kolejno oddziały: wewnętrzny, chirurgiczny i dziecięcy. Pod nadzorem i opieką lekarzy i pielęgniarek dyplomowanych poznają zasady nowego zawodu, uczą się i pomagają w pracy szpitala.

Na kursie panuje nastrój pogodny przy jednoczesnym zachowaniu dyscypliny.

Obiad uczennice spożywają w szkole. Po obiedzie — czas wolny przeznaczony na wypoczynek, rozrywki i gry.

Po popołudniowej przerwie rozpoczynają się wykłady teoretyczne, a więc podstawowe wiadomości z anatomii chirurgii, propedeutyki chorób klinicznych, higieny, socjologii, no i oczywiście — pielęgniarstwa.

Wśród kursantek wyczuwa się wiele zamiłowania do swego przyszłego zawodu, wiele powagi, a jednocześnie młodzieńczego zapału.

Po godzinach teoretycznych słuchaczki kursów mają czas wolny do nauki.



W przerwie między wykładami...



Po godzinach wykładowych uczennice kursu przerabiają materiał na dzień następny.

W świetlicach lub szkolnych ogrodach zbierają się grupy uczennic — brygady. Brygady te mają swe nazwy: brygada Lenina, Stalina, Rakosy, Zoji, Mattoszowa itp. Brygady te współzawodniczą ze sobą na polu osiągnięć w nauce. Najlepsza grupa otrzymuje „Czerwony Sztandar". Każda brygada spodziewa się go otrzymać, to też współzawodnictwo jest żywe i opanowuje wszystkie młode umysły. Tym lepiej idzie nauka własna, nauka kolektywna.

Kolacja, a potem świetlica, poszczególne sekcje przygotowują występy artystyczne, jest tu taniec i śpiew, recytacje i próby przygotowywanych sztuczek teatralnych.

Część uczennic czyta lub dyskutuje, inne powtarzają jeszcze materiał na dzień następny.

I wreszcie spać. Myślimy, że słuchaczki kursów W.C.K. nie różnią się tu od naszego najmłodszego pokolenia pielęgniarskiego — uczennic szkół i kursów, które przy każdej sposobności pragną wytargować tę jedną, jedyną godzinę, by chodzić spać... później. Ale jak jednym, tak i drugim to się nie udaje. H. S.



W ramach zajęć świetlicowych uczennice ćwiczą regionalne tańce węgierskie.

ANGLIA

W końcu 1949 r. Parlament angielski zatwierdził Ustawę Pielęgniarstwa, która wchodzi w życie 22 września rb.

Ustawa z 1949 r. nie wprowadza przepisów regulujących szkolenie pielęgniarek, pozostawiając to zagadnienie kompetencji Głównej Rady Pielęgniarek.

Ważną zmianą, jaką przynosi nowa ustawa jest wyłączenie budżetów szkół pielęgniarstwa z budżetów szpitali, przy których się znajdują, czego domagały się pielęgniarki angielskie od wielu lat. Zmiana ta wpłynie niewątpliwie na podniesienie poziomu naukowego i ekonomicznego szkół pielęgniarstwa.

Ustawa z 1949 r. pozostawia decyzji Rady Głównej Pielęgniarek ustalenie programów szkolenia, metod nauczania i przeprowadzania egzaminów państwowych. Ostatnio Główna Rada Pielęgniarek postanowiła, że egzamin państwowy będzie piśmienny wyłączając zupełnie egzamin ustny, z położeniem większego nacisku na część praktyczną.

Ustawa nie wspomina o organizacji i szkoleniu pielęgniarek pomocniczych, gdyż dla tej grupy przewiduje się wydanie specjalnego dekretu, regulującego warunki szkolenia i zakres wykonywanych czynności.



Nasza Korespondencja

Kol. P. O. w Jeleniej Górze

Koleżanka prosi nas o podanie wskazówek, jak zaopatrzyć chorego na gruźlicę w spluwaczki łatwe do nabycia lub wykonane domowym sposobem.

Poniżej podajemy wzór spluwaczek: A) szklanej z hermetycznym zamknięciem, B) emaliowanej, C) z tektury. Spluwaczkę z tektury może wykonać pacjent własnoręcznie. Spluwaczkę tę należy codziennie palić i zastępować nową.

Kol. S. M. OŚRODEK ZDROWIA pow. GŁOGÓW

Zapytuje Koleżanka, czy mogłaby drogą korespondencyjną przejść doszkalające kursy pielęgniarskie. Nie, takich kursów nie ma, gdyż na program kursu każdego typu składa się nie tylko teoria, ale i praktyka. Natomiast przy szpitalach, bez odrywania od pracy, będą prowadzone kursy dla Młodszych Pielęgniarek.

Pielęgniarki przyuczone tj. takie, które nie ukończyły kursów, lecz pracowały w ciągu kilku lat w szpitalach i wykazały się dobrą pracą będą mogły przejść dodatkowe przeszkolenie i złożyć egzamin państwowy z pielęgniarstwa, uzyskując w ten sposób prawo do wykonywania praktyki pielęgniarskiej. Zaznaczamy przy tym, że państwowy egzamin pielęgniarski daje te same uprawnienia co ukończenie 2-letniej szkoły pielęgniarstwa.

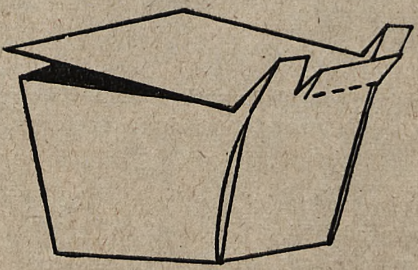
Jednakże warunkiem koniecznym do uzupełnienia wiadomości zawodowych bez odrywania od pracy jest zatrudnienie w jednym z większych szpitali, gdzie są możliwości ukończenia dodatkowego przeszkolenia.



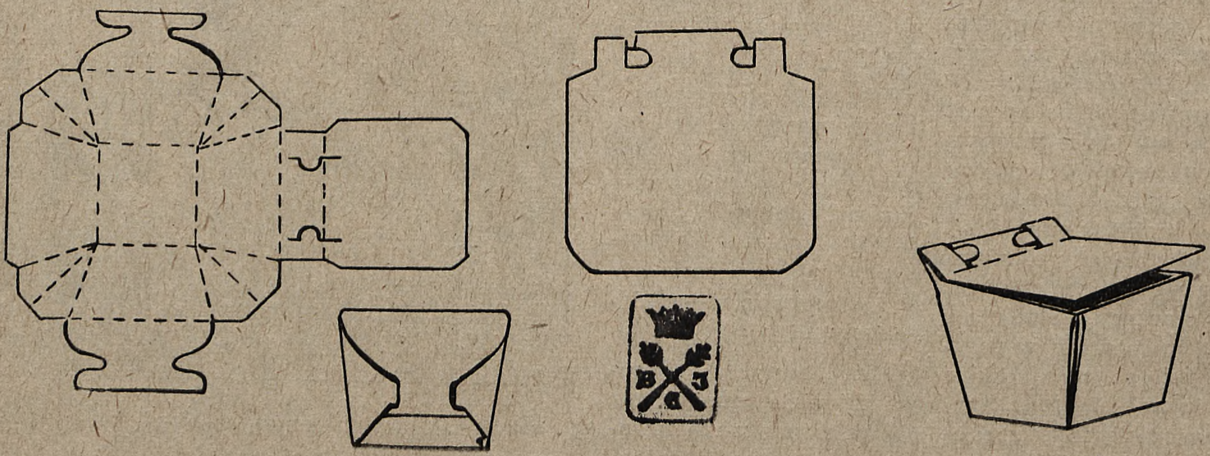
A



B



C



Przegląd prasy zagranicznej

„MEDICINSKIJ RABOTNIK" nr 50 przynosi ciekawy artykuł wstępny pt. „Wychowywać inteligentów-pracowników służby zdrowia w duchu idei Lenin-Stalin".

Józef Stalin, wielki kontynuator dzieła Lenina, uczy narody radzieckie, że im wyższy jest poziom polityczny i uświadomienie marksistowsko-leninowskie klasy pracującej, tym owocniejsza jest jej działalność, tym lepsze wyniki pracy.

Autor artykułu zajmuje się w szczególności problemem wychowania inteligencji radzieckiej służby zdrowia:

Duży wkład do wspaniałych osiągnięć narodu radzieckiego wnosi inteligencja radziecka, wyrosła z mas robotniczych i nierozerwalnie z nim związana. W wyniku nieustannej troski partii o przygotowanie kadr, powstała nowa, socjalistyczna inteligencja która składem socjalnym i politycznym obliczem różni się zasadniczo od dawnej inteligencji burżuazyjnej.

Przed pracownikami służby zdrowia całego kraju — stanowiącymi jeden z największych odłamów inteligencji radzieckiej — państwo postawiło wielkie zadania. Walka o wysoki poziom pomocy lekarskiej dla ludności wymaga wysiłków twórczych, inicjatywy, głębokiego zrozumienia zadań stojących przed państwem socjalistycznym. Jedynie uświadomione politycznie,zahartowane, oddane swej pracy kadry mogą posuwać naprzód naukę i rozwijać postępy radzieckiej służby zdrowia. Studiowanie teorii i historii partii bolszewickiej, rozszerzenie horyzontu ideowego pracowników służby zdrowia — to niezbędne warunki, ażeby ich praca dawała dobre wyniki.

Józef Stalin powiedział: „*istnieje jedna gałąź nauki, której znajomość powinna być obowiązująca dla bolszewików wszystkich naukowych dziedzin — jest to marksistowsko-leninowska nauka o społeczeństwie, o prawach rozwoju społeczeństwa, o prawach rozwoju budownictwa socjalistycznego, o zwycięstwie komunizmu*".

Zgodnie ze wskazówkami Stalina, pracownicy służby zdrowia wytrwale opanowują naukę marksizmu - leninizmu. Wiele tysięcy specjalistów samodzielnie podnosi swój poziom ideowy. Z pomocą przychodzą organizacje partyjne i koła związkowe, przydzielając konsultantów, organizując odczyty i wykłady. Z roku na rok rośnie sieć lektorów. Wiele tysięcy lekarzy studiuje marksizm - leninizm na uniwersytetach i filiach uniwersyteckich, przeznaczonych dla pracowników służby zdrowia. W naukowo - badawczych instytucjach, w dużych zakładach służby zdrowia, na terenie całego kraju zwoływane są regularnie konferencje ideowo - teoretyczne.

Wychowując pracowników służby zdrowia w duchu Lenina - Stalina, należy dążyć do gruntownego przyswojenia istoty teorii marksistowsko - leninowskiej w umiejętności twórczego stosowania jej w życiu.

Uczyć i wychowywać należy na konkretnych przykładach, zachowując i popularyzując doświadczenia przodowników pracy, wykrywając i krytykując błędy i uchybienia.

Bolszewicka propaganda i agitacja nie znoszą formalizmu i abstrakcyjności, nie wolno lekceważyć najmniejszego odchylenia od marksistowsko - leninowskiej metodologii, nie wolno obojętnie pomijać faktów niedbałego, nieodpowiedzialnego stosunku do pracy, zapominania o społecznych potrzebach. Lekarz radziecki powinien stawiać duże wymagania sobie i swoim podwładnym, musi umieć krytycznie oceniać własne osiągnięcia i niepowodzenia.

Posiadanie wiadomości naukowych jeszcze nie jest światopoglądem. Istotny komunistyczny światopogląd przejawia się przede wszystkim w stosunku do swych obowiązków, do pracy, do konkretnych czynów. Na podstawie pracy ocenia się uświadomienie naszych kadr, określa się ich oblicze polityczne.

Żyć, pracować i walczyć po leninowsku, po stalinowsku — do tego dążą wszyscy uczciwi pracownicy kraju radzieckiego, wszyscy postępowi ludzie na świecie.

Z KSIĘGARNI I KIOSKÓW

„Biblioteka Pielęgniarki" wzbogaciła się o dwa tomy, które wyszły z druku nakładem Lekarskiego Instytutu Naukowo-Wydawniczego. Prof. dr. JERZY RUTKOWSKI **Nauka o opatrunkach** i prof. dr. JAN ZAORSKI **Podręcznik mieszenia (masażu).**

Szczegółowe recenzje umieścimy w najbliższych numerach.

WANDA CZABAN **Reumatyzm wróg nieznany.** Wydawnictwo „Kolumna" Łódź, str. 104, zł 180.—

JERZY BABECKI, **Zdrowe zęby to zdrowy człowiek,** Wydawnictwo „Kolumna" Łódź, str. 100, zł. 180.

(c. d. ze str. 48)

bez internatu. W tym wypadku musiałby Pan pracę przerwać tyko na 6 miesięcy trwania kursu.

O ile warunki Panu na to pozwolą, proszę zwrócić się do Okręgu **PCK** (istnieje w każdym mieście wojewódzkim) o dokładne informacje. Po ukończeniu kursu i przepracowaniu pewnego okresu czasu (dokładnie jeszcze nie ustalono, 2—4 lat) może Pan zdawać egzamin państwowy, zrównywujący Pana w prawach z absolwentkami dwuletnich szkół pielęgniarstwa.

Tabela płac Ministerstwa Zdrowia określa grupy uposażeń dla personelu zawodowego służby zdrowia. Inni pracownicy zaliczani są do grupy pracowników administracyjnych i pobierają uposażenie, przysługujące tej grupie. Jeżeli Pan pełni funkcje, które mogą być zaliczane do pracy pielęgniarek przyuczonych, to mógłby się Pan ubiegać o zaliczenie go do kategorii pracowników umysłowych w grupie IX-VIII uposażenia. Dodatek za pracę w ciężkim przemyśle nie jest przewidziany.

Za życzenia dziękujemy.

TREŚĆ

SOMMAIRE

REDAKCJA: Warszawa, ul. J. Stalina 22 m. 5 Zw. Zaw. Pr. S. Zdrowia. — Tel. 8-60-10. Redaktor przyjmuje: poniedziałki i środy w godz. 15—17. Redakcja czynna: codziennie 11—13. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Mokotowska 14 PCK, telefony: 8-32-96, 7, 8, i 8-82-78, 9. KONTO PKO: Nr I-8326 — „Pielęgniarka Polska". Prenumerata miesięczna: zł 50,—, kwartalna zł 150,—, półroczna zł 300,—, roczna zł 600,—. CENY OGŁOSZEŃ: cała stronica 40 000 zł, ½ str. 25 000 zł, ¼ str. 15 000 zł, 1/8 str. 10 000 zł, 1/16 str. 7 000 zł, 1/32 str 5 000 zł.

Drukarnia Wydawnictwa „Prasa Wojskowa" w Łodzi, I—II—50. Nr 49 D-1-11097



Wolna Trybuna

Koleżanki!

Wszystkie zdajemy sobie sprawę, jak ważnym problemem jest napływ kandydatek do szkół i kursów średniego personelu służby zdrowia.

Rozwijająca się stale sieć placówek służby zdrowia wymaga ich obsadzenia przez personel stojący na wysokim poziomie zawodowym, etycznym i ideologicznym.

Szkolenie, którego całkowity koszt ponosi społeczeństwo, powinno obejmować tylko ludzi, którzy w pełni na to zasługują, i co do których możemy mieć nadzieję, że wywiążą się ze swych obowiązków, odpłacając społeczeństwu rzetelną pracą.

Jak dowiedzieliśmy się na ostatniej konferencji w Ministerstwie Zdrowia od uczestników wycieczki do ZSRR, w Związku Radzieckim do szkół służby zdrowia przyjmowany jest tylko najlepszy i najzdolniejszy element. Związek Radziecki wychodzi bowiem z założenia, że największym dobrem kraju jest zdrowy obywatel. Każdy człowiek chory, wypadający z procesu produkcji staje się ciężarem dla społeczeństwa i zmniejsza ogólny dobrobyt.

Dążąc do tych samych celów i ideałów, musimy brać przykład z radzieckich przyjaciół, ażeby skrócić i ułatwić naszą drogę do socjalizmu.

Czytając niedawno o wykładach prowadzonych na wyższych uczelniach ZSRR przy drzwiach otwartych oraz o pogadankach organizowanych w ostatnich klasach szkół średnich na temat przyszłych studiów młodzieży,

p r o p o n u j ę

koleżankom, pracującym w naszym szkolnictwie, by zorganizowały na swych terenach: w ostatnich klasach szkół średnich oraz w organizacjach młodzieżowych **pogadanki o roli i zadaniach służby zdrowia** w naszym państwie ze szczególnym uwzględnieniem pracy średniego personelu.

Będzie to tym aktualniejsze, że zbliżają się egzaminy maturalne, a tym samym i wybór zawodu.

W wyniku naszej pracy uzyskamy napewno poważną liczbę kandydatek do naszych szkół i kursów, co da nam możność lepszego doboru słuchaczek.

W. K.

Instruktorka Państwowej Szkoły Instruktorek Pielęgniarstwa



W księgarniach i kioskach



KALENDARZ ZDROWIA NA ROK 1950

W kwietniu br. ukazał się z druku nowy rocznik (na rok 1950) **Kalendarza Zdrowia Polskiego Czerwonego Krzyża**

Rocznik ten zawiera, prócz treści aktualnej, związanej z tematyką osiągnięć Polski Ludowej w dziedzinie odbudowy, lecznictwa, akcji ubezpieczeniowej, opieki nad matką i dzieckiem, sportu itp., i tematyki, związanej z działalnością Polskiego Czerwonego Krzyża i pokrewnych instytucji społecznych, takich jak Zakład Ubezpieczeń Społecznych — bogaty i wszechstronnie ujęty d z i a ł z d r o w i a, poświęcony w głównej mierze akcji opieki nad matką i dzieckiem.

Dla wytworzenia sobie poglądu na wartość **praktyczną** Kalendarza Zdrowia dla pracowników Służby Zdrowia, a przede wszystkim dla pielęgniarek, związanych bezpośrednio w swej pracy zawodowej z terenem lecznictwa otwartego i zamkniętego, wystarczy przytoczyć niektóre tytuły prac, zamieszczonych w tym wydawnictwie:

Ciąża, poród i połóg; Lekarz, położna, „babka"; W każdej gminie — położna; Pierwsze dni noworodka; Rozwój fizyczny dziecka. Zdrowie dziecka zależy od zdrowia matki; Jak zwalczać śmiertelność niemowląt?; Zagadnienie walki z kiłą wrodzoną; W Polsce rodzi się rocznie 60.000 wcześniaków; Kto ma prawo mieć dzieci; Dlaczego zdrowe matki i zdrowe dzieci powinny przychodzić do poradni?; Chore dziecko; Krzywica; O szczepieniach przeciwgruźliczych szczepionką BCG; Czy dziecko — to majątek? Opieka nad dzieckiem i matką w Związku Radzieckim. Każde dziecko — do przedszkola; Powietrze, woda, słońce; O kulturze fizycznej i o sporcie ze szczególnym uwzględnieniem wsi; Kolonie letnie; Uzdrowiska dla dzieci; Opieka nad matką i dzieckiem; Zabawki dla dzieci; Ratujmy niemowlęta od biegunek letnich; Mieszanki i odżywki lecznicze; „Głupie" choroby: odra, koklusz, ospa wietrzna, świnka; Bez kołtunów, ciemieniuchy i robactwa; Moja wyprawka; Karmienie i dokarmianie niemowląt; Jak należy żywić dziecko w wieku przedszkolnym?

Dużą zaletą kalendarza jest jego estetyczne wydanie i starannie przemyślane ilustracje. Całość jest bezwzględnie ciekawa i pożyteczna, zbyt jednak wąsko potraktowano tu dział informacji drobnych.

K.

СОДЕРЖАНИЕ

SOMMAIRE

ODPOWIEDZI REDAKCJI

Ob. „CIEKAWY". Pomimo usilnych poszukiwań w księgarniach i w Lekarskim Instytucie Naukowo-Wydawniczym nie znaleźliśmy żadnych książek ani broszur, traktujących o degeneracji, jej przyczynach, objawach i leczeniu. Temat ten jest omawiany w podręcznikach chorób wewnętrznych i neurologicznych.

* * *

Kol. K. J. w Elblągu. Istnieją obecnie w Polsce 3-miesięczne kursy dokształcające przygotowujące do egzaminu państwowego z pielęgniarstwa. Na okres trwania kursu pielęgniarki otrzymują płatny urlop z instytucji, w której są zatrudnione. Kursy takie odbywają się w miastach wojewódzkich, względnie w większych powiatowych. O bliższe szczegóły (termin rozpoczęcia kursu, miejscowość) należy się zwrócić do Wydziału Zdrowia, Wojewódzkiego Urzędu.

Pozatym istnieją 6-miesięczne kursy dla Modszych Pielęgniarek — bez internatu, gdzie są także przyjmowane kandydatki pracujące. O kursach tych może się koleżanka poinformować w Okręgu, lub Oddziale Polskiego Czerwonego Krzyża. W Elblągu jednak kurs taki nie jest przewidywany.

* * *

Kol. RUDNICKA HALINA, Drezdenko. Tryb przyznawania dodatków specjalnych podaje pismo okólne Min. Zdrowia z dn. 24. II 1949 (Dz. Urz. Min. Zdr. Nr 6 poz. 38), według którego w przypadkach mieszanego charakteru pracy, tzn. gdy pracownik tylko część wymiaru godzin poświęca wykonywaniu pracy, do której przywiązany jest dodatek specjalny — pracownikowi temu przysługuje dodatek specjalny w wysokości odpowiadającej rzeczywistemu czasowi zatrudnienia przy wykonywaniu pracy, do której przywiązany jest dodatek specjalny. Np. pielęgniarka zatrudniona w pełnym wymiarze na oddziale wewnętrznym, która jest obowiązana do pracy na oddziale zakaźnym przez 2 godziny dziennie, a przez resztę dyżuru na oddziale wewnętrznym — otrzymuje dodatek zakaźny w wysokości 40% uposażenia za 2 godziny dziennie.

REDAKCJA: Warszawa, ul. J. Stalina 22 m. 5 Zw. Zaw. Pr. S. Zdrowia. — Tel. 8-60-10. Redaktor przyjmuje: poniedziałki i środy w godz. 15—17. Redakcja czynna: codziennie 11—13. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Mokotowska 14 PCK, telefony: 8-32-96, 7, 8, i 8-32-78, 9. KONTO PKO: Nr I-8326 — „Pielęgniarka Polska". Prenumerata miesięczna: zł 50,—, kwartalna zł 150,—, półroczna zł 300,—, roczna zł 600,—. CENY OGŁOSZEŃ: cała stronica 40 000 zł, 1/2 str. 25 000 zł, 1/4 str. 15 000 zł, 1/8 str. 10 000 zł, 1/16 str. 7 000 zł, 1/32 str. 5 000 zł.

Drukarnia Wydawnictwa „Prasa Wojskowa" w Łodzi, 8000. Nr 398. IV. 50.